Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Sammelblatt zur Besprechung aller Fragen des Irrenwesens und der praktischen Psychiatrie einschliesslich der gerichtlichen, sowie der praktischen Nervenheilkunde.

Internationales Correspondenzblatt für Irrenärzte und Nervenärzte.

Unter Mitwirkung zahlreicher hervorragender Fachmänner des In- und Auslandes

herausgegeben von

Professor Dr. **K. Alt,** Uchtspringe (Altmark). Prof. Dr. **G. Anton,** Halle. Prof. Dr. **Bleuler,** Zürich. Direktor Dr. **van Deventer,** Meerenberg (Holland). Prof. Dr. **L. Edinger,** Frankfurt a. M. Prof. Dr. **A. Guttstadt,** Geh. Med.-Rath, Berlin. Prof. Dr. **E. Mendel,** Berlin. Prof. Dr. **Mingazzini,** Rom. Dr. **P. J. Möbius,** Leipzig. Direktor Dr. **Morel,** Mons (Belgien.) Direktor Dr. **v. Olah,** Budapest. Direktor Dr. **Ritti,** St. Maurice (Seine). Direktor Dr. **H. Schlöss,** Kierling-Gugging (Österreich). Prof. Dr. **Ernst Schultze,** Greifswald. Prof. Dr. med. et phil. **Sommer,** Giessen. Direktor Dr. **Urquhart,** Perth (Schottland). Professor Dr. med. et phil. **W. Weygandt,** Würzburg.

Unter Benützung amtlichen Materials

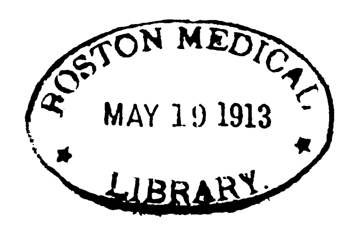
redigirt von

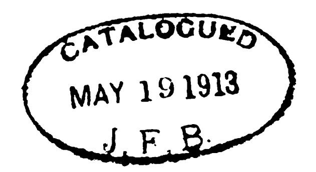
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**
Lublinitz (Schlesien).

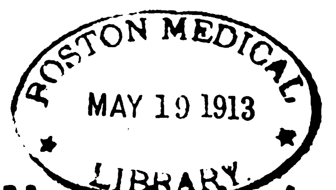
Siebenter Jahrgang 1905/1906.



Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.


BOSTON MEDICAL
MAY 19 1913
LIBRARY.


CATALOGUED
MAY 19 1913
J. F. B.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 1. 1. April. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.*)

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

I. Strafgesetzbuch.

§ 51.

Dass „das Revisionsinteresse sich bis in die Entscheidungsgründe erstrecke", ist in dem Urtheil des Reichsgerichts vom 11. Juni 1881 (Entsch. Bd. IV. S. 355 ff.) nicht ausgesprochen: anerkannt wird darin *allerdings*, dass eine Freisprechung durch die Art ihrer Motivirung die Interessen des Angeklagten auch ausserhalb des Bereiches des anhängig gewordenen Strafverfahrens berühren könne; derartigen „anderweitigen Beziehungen" wird jedoch jeder Einfluss auf die Anfechtbarkeit einer Freisprechung versagt, sofern letztere eine vollständige Verneinung der strafrechtlichen Schuld des Angeklagten bedeute (a. a. O. S. 357, 358). Letzteres trifft zwar nicht im Falle der Freisprechung wegen Verjährung der Strafverfolgung, wohl aber im gegenwärtigen Falle zu, in welchem die Freisprechung auf der Feststellung beruht, dass der Angeklagte zur Zeit der That sich in einem Zustande krankhafter Störung der „Geisteskräfte" — soll heissen Geistesthätigkeit — befunden habe, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. Die von der Revision behaupteten „nachtheiligsten juridischen und polizeilichen Folgen" der Freisprechung aus § 51 Str. G. B. sind deshalb nicht geeignet, die Revision gegen letztere zu begründen. (vergl. Rechtsprechung des R. G. Bd. 6. S. 545 ff. Entsch. Bd. 13. S. 326 bis 327.) Ebensowenig kann diese Wirkung dadurch herbeigeführt werden, dass neben der Freisprechung auf Unbrauchbarmachung aller Exemplare der inkriminirten Druckschrift nebst Platten und Formen (mit den in § 41, Abs. 2 des Str. G. B. vorgesehenen Einschränkungen) erkannt worden ist. Durch diese in seine Vermögensrechtssphäre eingreifende Entscheidung wird der Angeklagte allerdings beschwert und er muss deshalb auch in dem gegen ihn gerichteten Verfahren für befugt erachtet werden, dieselbe im Wege der Revision anzufechten, auch wenn man davon ausgeht, dass die Unbrauchbarmachung an sich den Charakter einer polizeilichen Präventivmaassregel trägt (vergl. Entsch. des R. G. Bd. 14 S. 169 u. S. 384 oben); aus dem Rechte zur Anfechtung des Urtheils folgt indessen nicht das Recht zur Anfechtung der erfolgten Freisprechung, da beide Entscheidungen sich rechtlich in keiner Weise bedingen, die Unbrauchbarmachung der Druckschrift vielmehr völlig ausserhalb der Verneinung der Schuldfrage wegen Unzurechnungsfähigkeit des Angeklagten liegt. Von einer gleichzeitigen Qualificirung derselben Handlung als erlaubt und unerlaubt kann hierbei keine Rede sein. Die Revision musste demnach, soweit sie gegen die Freisprechung des Angeklagten gerichtet ist, als unzulässig verworfen werden. Hinsichtlich der im Urtheil ausgesprochenen Unbrauchbarmachung der Druckschrift dagegen war dem Rechtsmittel der Erfolg nicht zu versagen. (Urtheil des II. S. R.-G. 13. X. 1903.)

J. W.*) pag 13.

§ 51.

Der Begriff der Bewusstlosigkeit erfordert nicht die Abwesenheit jeglichen Bewusstseins, es genügt vielmehr schon eine blosse Störung des Bewusst-

*) Vergleiche diese Wochenschrift
Jahrgang IV 1902/1903 Nr. 1 und 2.
Jahrgang V 1903/1904 Nr. 1—4.
Jahrgang VI 1904/1905 Nr. 1—6.

*) Juristische Wochenschrift.

seins zur Erfüllung dieses Begriffes, vorausgesetzt nur, dass sie die freie Willensbestimmung in Bezug auf die konkrete Strafthat ausschliesst. (R. G. IV. 20. V. 1904.)

D. R.*) pag. 340. Entscheid. Nr. 1600.

§ 51.

Wenn das Verfahren gegen den Thäter gemäss § 203 St. Pr. O. vorläufig eingestellt wird, gegen die mitangeklagten Theilnehmer aber seinen Fortgang nimmt, so sind die in der Hauptverhandlung gegen die letzteren zu vernehmenden Zeugen, wenn sie auch nur zu dem Thäter in einem Angehörigkeitsverhältniss im Sinne der Ziffer 1 bis 3 des § 51 a. a. O. stehen, gleichwohl über das ihnen in diesem Falle gleichfalls zustehende Zeugnissverweigerungsrecht zu belehren. (R. G. IV. 21. X. 1904.)

D. R. pag. 609. Entsch. Nr. 2683.

§§ 55, 243 Nr. 2.

Die in § 55 ausgesprochene Unverfolgbarkeit von Kindern, welche bei Begehung einer strafbaren Handlung das zwölfte Lebensjahr noch nicht vollendet haben, enthält nur einen persönlichen Strafausschliessungsgrund, es wird aber dadurch nicht das Vorhandensein der Strafthat an sich beseitigt. Im Falle des Zusammenwirkens eines Kindes unter zwölf Jahren in den äusseren Formen strafbarer Theilnahme mit einer strafmündigen Person ist daher die Auffassung, das Kind lediglich als Werkzeug in den Händen des Andern zu behandeln, keineswegs mit rechtlicher Nothwendigkeit geboten, sondern die Annahme strafbarer Teilnahme an der Strafthat des Strafunmündigen (Mitthäterschaft, Anführung, Beihülfe) rechtlich denkbar. Ob das Kind als blosses Werkzeug in Betracht zu kommen hat oder ob eine Theilnahme an der That des Kindes anzunehmen ist, hängt von dem Maasse der individuellen Entwicklung des Kindes ab und kann letzteres nur angenommen werden, wenn das Kind mit dem verbrecherischen Bewusstsein handelt. Wird das Kind nur als strafloses Werkzeug benutzt, um durch dasselbe einen Diebstahl mittels Einsteigen ausführen zu lassen, so kann der Erschwerungsgrund des Einsteigens dem in diesem Falle als Alleinthäter in Betracht kommenden Strafmündigen nicht zugerechnet werden. (R. G. III. Urtheil vom 15. Febr. 1904.)

D. R. pag. 172. Entsch. Nr. 860.

§ 164.

Soferne die Strafunmündigkeit des Angezeigten aus der Anzeige nicht hervorgeht, kann auch die Anzeige gegen einen Strafunmündigen unter § 164 fallen. (R. G. II. 6. V. 1904.) J. W. pag. 477.

*) Das Recht.

§ 175.

Eine beischlafsähnliche Handlung kann beim Verkehr unter Mannspersonen nur da angenommen werden, wo die eine Mannsperson bei beischlafsähnlichem Gebrauche des männlichen Gliedes den Körper des andern mit dem Gliede berührt hat. Hat eine Entblössung des männlichen Gliedes auf Seiten des activen Theiles nicht stattgefunden, so wird in Ermangelung einer unmittelbaren Berührung des gemissbrauchten Körpers mit dem Gliede des andern — abgesehen von besonderen, hier in keiner Weise angezeigten Ausnahmefällen — ein beischlafsähnlicher Act nicht anzunehmen und deshalb der Thatbestand des § 175 zu verneinen sein. (R. G. IV. S.-S. 19. XII. 1902.)

Entsch. des Reichsgerichts in Strafsachen. Bd. 36. S. 32. Entsch. Nr. 13.

§ 231. — § 444 Abs. 2 Str. P. O.; §§ 119, 142 B. G. B.

Die von dem Strafrichter zu erkennende Busse charakterisirt sich ihrer rechtlichen Natur nach als eine privatrechtliche Entschädigung des Verletzten, welche den gesammten durch die Verletzung entstandenen körperlichen und psychischen Schaden umfasst. Der Anspruch auf Busse unterliegt deshalb als ein lediglich privatrechtlicher der Verfügungsbefugniss der Berechtigten, insbesondere auch der Wirkung eines in gültiger Weise erklärten Verzichts. Wird der Antrag auf Zuerkennung einer Busse im Wege des Verzichts oder Vergleichs zurückgenommen, so bleibt eine Erneuerung desselben ausgeschlossen, es sei denn, dass der Verzichtende in der Lage ist, nachzuweisen, dass er bei Abgabe der Verzichtserklärung sich im Irrthum befunden und bei Kenntnis der Sachlage und verständiger Würdigung des Falles nicht auf Zuerkennung einer Busse verzichtet haben würde, weil für diesen Fall die durch § 119 B. G. B. zugelassene Anfechtung der Erklärung die durch § 142 daselbst vorgesehene Wirkung hat, dass der ausgesprochene Verzicht als von Anfang an nichtig anzusehen ist. In dem alsbaldigen Widerruf des Verzichts auf Zuerkennung einer Busse kann aber unbedenklich die Anfechtung dieses Verzichts gemäss § 119 B. G. B. mit dem in § 142 ausgesprochenen Erfolge erblickt werden. (R. G. III. 16. VI. 1904.)

D. R. pag. 455. Entsch. Nr. 1943.

§ 257.

Das Vergehen der Begünstigung im Sinne des § 257 Str. G. B. setzt die Begehung eines Ver-

brechens oder Vergehens als objektives Erforderniss des Thatbestandes voraus. Dieses Thatbestandsmerkmal liegt nie vor, wenn der Thäter (der begünstigt worden sein soll) zur Zeit der Begehung der Handlung in einem Zustande von Bewusstlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistesthätigkeit sich befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war. (§ 51 des Str. G. B.) (Urtheil des II. S. vom 16. II. 1904.) J. W. pag. 303.

II. Strafprozessordnung.

§ 56, 1. Str. G. B. § 154.

Die Frage, ob eine Person, welche das sechszehnte Lebensjahr noch nicht vollendet hat, durch Ableistung des Zeugeneides in einem Verfahren, in welchem § 56 Nr. 1 R. St. P. O. Geltung hat, sich eines Meineides schuldig machen kann, ist zu bejahen. (R. G. Vereinigte Strafsenate. 23. V. 1903.)
Entsch. des R. G. in S. S. Bd. 36.
S. 278. Entsch. Nr. 98.

§ 56. Z. 1.

Ausweislich des Protokolls war ein wegen Trunksucht entmündigter Zeuge nicht beeidigt worden, „weil er von dem Wesen und der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung habe.“ Das R. G. gab der auf die §§ 60 und 56 Z. 1. gestützten Revision des Angeklagten statt. Nach dem Gesetz ist jeder in der Hauptverhandlung vernommene Zeuge zu vereidigen, sofern nicht ein gesetzlicher Grund das Abweichen von der Regel rechtfertigt. Der Mangel einer genügenden Vorstellung von dem Wesen und der Bedeutung des Eides, der nach § 56 Z. 1 St. P. O. die Unterlassung der Vereidigung rechtfertigt, muss auf mangelnder Verstandesreife oder auf Verstandesschwäche beruhen. Eine Ausdehnung auf andere Gründe ist unstatthaft. Der Vorderrichter musste in dem die Nichtbeeidigung des Zeugen anordnenden Beschlusse zum Ausdruck bringen, ob einer jener Gründe vorlag. Sollte der Vorderrichter von der Anschauung ausgegangen sein, schon die Entmündigung wegen Trunksucht rechtfertige die Anwendung des § 56 Z. 1, so würde dies rechtsirrthümlich sein. Wenn selbst die Entmündigung eines Zeugen wegen Geisteskrankheit die Beeidigung nicht in allen Fällen unzulässig macht (Entsch. in Strafs. Bd. 33. S. 393), so kann dies um so weniger bei einem wegen Trunksucht entmündigten Zeugen gelten. (Urtheil des R. G. 13. VII. 1903.)
Aerztl. Sachverst. Zeitg. pag. 104.

§ 81.

Der in der Hauptverhandlung des Landgerichts gehörte Sachverständige hat einen Antrag gemäss § 81 der Strafprocessordnung nicht gestellt, und seine zum Sitzungsprotokoll festgestellten gutachtlichen Erklärungen lassen nicht bestimmt erkennen, ob zur Ermöglichung einer Beurtheilung des Geisteszustandes der Angeklagten gerade die Beobachtung in einer Irrenanstalt nothwendig erscheint, oder ob nicht vielmehr auf Grund sonstiger längerer Untersuchung und Beobachtung ausserhalb einer Irrenanstalt ein ausreichendes Material zur Beurtheilung gewonnen werden könnte. Die Beschwerde gegen die Anstaltsbeobachtung (§ 81) war daher berechtigt. Allerdings hatte vor Eröffnung des Hauptverfahrens ein Irrenarzt die Anstaltsbeobachtung beantragt; das Schöffengericht war indess diesem Antrage nicht gefolgt. Der erwähnte Irrenarzt war aber in der Hauptverhandlung weder gehört noch auch dessen früherer schriftlicher Antrag verlesen oder sonst zum Gegenstand der Verhandlung gemacht worden.

Sodann ist der § 81 nicht im Privatklageverfahren anwendbar; es handelt sich hierbei regelmässig um Strafthaten von untergeordneter Bedeutung, bei denen die Staatsanwaltschaft ein öffentliches Interesse nicht für vorhanden erachtet hat und für welche geringe, in keinem Verhältniss zur Schwere der Maassregel des § 81 der St. P. O. stehende Strafen zu erwarten sind. (Landgericht Karlsruhe.)
Aerztl. Sachverst. Zeitg. pag. 405.

III. Bürgerliches Gesetzbuch.

§ 6. Z. 1.

Geisteskrankheit und Geistesschwäche können nur dann zur Entmündigung führen, wenn sie die Unfähigkeit des davon Betroffenen zur Besorgung aller seiner Angelegenheiten im Gefolge haben. Falls geistige Gebrechen eine Person nur verhindern, einzelne ihrer Angelegenheiten oder diesen oder jenen Kreis derselben zu besorgen, so kann dies zwar die Einleitung einer Pflegschaft i. S. des § 1910 Abs. 2 B. G. B., niemals aber die Entmündigung rechtfertigen. (O.-L. G. Karlsruhe. 1. VII. 1903.)
D. R. pag. 44. Entsch. Nr. 139.

§ 98. R. Gew. O. 30.

Die Eigenschaft als Heilanstalt erhält ein Gebäude durch seine dauernde Einrichtung und nicht erst durch die Concession. Durch die Schliessung wegen fehlender Concession geht deshalb die Eigenschaft noch nicht verloren. Erforderlich ist dazu vielmehr, dass das Gebäude für einen anderen wirthschaftlichen Zweck dauernd bestimmt und eingerichtet wird. (R. G. 30. III. 1904.)
D. R. pag. 333. Entscheid. Nr. 1459.



§§ 104, 6.

Es kann Jemand geisteskrank und infolgedessen geschäftsunfähig sein, ohne dass er deshalb entmündigt werden müsste. (O. L. G. Dresden, 25. Jan. 1904. D. R. pag. 574. Entsch. Nr. 2442.

§§ 106, 114, 1304.

Die von einem unter vorläufiger Vormundschaft stehenden Reichsangehörigen ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters im Auslande geschlossene Ehe ist ungültig. (R. G. IV. 29. Okt. 1903.)
D. R. pag. 164. Entsch. Nr. 719.

§ 108.

Auch das Verlöbniss gehört zu den Verträgen, deren Wirksamkeit, falls sie von Minderjährigen ohne die erforderliche Einwilligung des gesetzlichen Vertreters geschlossen werden, von der Genehmigung des Vertreters abhängt. (Hanseat. O. L. G. 12. XII. 1903.) D. R. pag. 281. Entsch. Nr. 1260.

§ 254.

Eigenes Verschulden des jugendlichen Beschädigten setzt die nach § 828 Abs. 2 erforderliche Einsicht voraus. (O. L. G. Stuttgart, 9. März 1903.)
D. R. pag. 528. Entsch. Nr. 2206.

§ 276.

1. Das Maass der Sorgfalt ist genommen von dem durch den Verkehr bedingten Verhalten der Allgemeinheit, und gefordert wird die Sorgfalt, die im gesunden, normalen Verkehre allgemein für erforderlich und genügend gehalten wird. Damit ist zwar die Berufung auf übliche Missbräuche ausgeschlossen, aber da sich die im Verkehr übliche Sorgfalt in der Regel mit der erforderlichen decken wird, ist insoweit die Berufung auf die Ueblichkeit beachtlich, als sie dem normalen Verkehre entspricht.

2. Grundsätzlich entscheiden also objektive Gesichtspunkte, nicht etwa die geistige Beschaffenheit oder die Charakteranlage der einzelnen Person. Allein keineswegs ist durch diesen Maassstab die Berücksichtigung der besonderen Verhältnisse des Einzelfalles völlig ausgeschlossen, sondern gemäss des zu 1 Gesagten statthaft und geboten. (R. G. VI. 11. V. 1904.)
D. R. pag. 445. Entscheid. Nr. 1774.

§ 276.

... Die Anforderung an die im Verkehr erforderliche Sorgfalt darf nicht so hoch gespannt werden, dass auch jede entfernte Möglichkeit in Betracht gezogen werden müsste, und die Nichtberücksichtigung einer solchen Möglichkeit eine Verantwortlichkeit begründen würde. Man wird, wie nicht mit dem Zufall, so auch nicht mit jeder Ungeschicklichkeit und Unbesonnenheit zu rechnen haben. Wie jeder dem andern gegenüber verpflichtet ist, mit der Besonnenheit zu handeln, dass das, was er thut und vornimmt, nicht zu der Schädigung eines andern führt, so wird, soweit nicht der unbeaufsichtigte Verkehr von Kindern oder Unzurechnungsfähigen in Frage kommt, jeder von dem andern erwarten dürfen, dass er auch als besonnener Mensch handelt, und auch nicht damit rechnen müssen, dass dem andern etwas ganz Besonderes zustossen und dieser dadurch in eine Gefahr kommen werde, die unter normalen Verhältnissen nicht besteht. .... (R. G. 10. X. 1904.)
J. W. pag. 572.

§§ 276, 828, 829.

1. Aus § 276 B. G. B. kann nicht die Pflicht gefolgt werden, jede denkbare Möglichkeit der Annäherung von Kindern an Gefahren bergende Maschinen auszuschliessen. Zur Abwehr der Gefahr ist nur die im Verkehr erforderliche Sorgfalt zu beobachten.

2. Der Beweis, dass der schädliche Erfolg nicht abgewehrt worden ist, ist nicht gleichwerthig mit dem Beweis der Fahrlässigkeit.

3. Wird der Aufstellungsort einer Maschine vorübergehend Kindern zugänglich, so ist zu erörtern, was nach den Anschauungen des normalen Verkehrs bei den im gegebenen Falle obwaltenden Verhältnissen für erforderlich, aber auch als ausreichender und mit den Bedürfnissen der Wirthschaftführung vereinbarter Schutz angesehen wird.

4. Auch ist auf Grund des § 828 B. G. B. zu prüfen, ob bei der Entstehung des Schadens eigenes Verschulden des Beschädigten mitgewirkt hat. § 828 B. G. B. kommt auch dann zur Anwendung, wenn der Minderjährige nicht einen anderen, sondern sich selbst beschädigt hat. (R. G. VI. 24. X. 1904.)
D. R. pag 601. Entsch. Nr. 2592.

§§ 823, 827.

Nicht widerrechtlich ist eine durch Nothwehr gebotene Handlung. Die Bestimmung des § 53 Str. G. B. über straflosen Excess der Nothwehr fehlt im § 823; der Thäter ist daher auch in solchem Falle schadenersatzpflichtig, es sei denn, dass ihn keine Fahrlässigkeit bei Ueberschreitung der Nothwehr trifft. Ist der Irrthum, in der Nothwehr zu sein, ein entschuldbarer, liegt also keine Fahrlässigkeit vor, so findet ebenfalls keine Ersatzpflicht statt. (O. L. G. Karlsruhe. 2. X. 1903.)
D. R. pag. 481. Entsch. Nr. 1989.



§ 823.

Die Inanspruchnahme des Aufsichtspflichtigen wird nicht zunächst durch den Nachweis bedingt, dass der Minderjährige im gegebenen Falle aufsichtsbedürftig sei, vielmehr ist der Minderjährige schon wegen seiner Minderjährigkeit als aufsichtsbedürftig zu betrachten. Aber Art und Umfang der Aufsicht gestaltet sich nach den concreten Verhältnissen, namentlich nach Alter und Individualität des Minderjährigen, sehr verschieden. (R. G. 3. XII. 1903.)

D. R. pag. 252. Entsch. Nr. 1157.

§ 823.

Der Schadenersatz fordernde Kläger hat zu beweisen, dass der Beklagte den Unfall verschuldet hat. Diese Beweispflicht geht aber nicht so weit, dass er bis ins einzelne alle Umstände darzulegen hätte, auf die der Unfall ursächlich zurückzuführen ist, und dass er insbesondere auch das Nichtvorliegen solcher Umstände beweisen müsste, auf welche der Beklagte zwecks Darlegung seiner Schuldlosigkeit sich beruft. Er thut vielmehr genug, wenn er einen Sachverhalt nachweist, der an sich die Folgerung rechtfertigt, dass der Unfall vom Beklagten verschuldet sei. Wenn dem gegenüber der Beklagte geltend macht, dass aus besonderen Umständen seine Schuldlosigkeit folge, so liegt ihm der Beweis dieses Umstandes ob. (O. L. G. Rostock. 23. Dec. 1903.)

D. R. pag. 481. Entscheid. Nr. 1984.

(Fortsetzung folgt.)

Die Reichstagsdebatte betreffend Geistesschwache in der Armee.

Von *Konrad Alt.*

In der Reichstagssitzung vom 22. März d. J. führte ein Abgeordneter darüber Klage, dass bei der Rekrutenaushebung nicht gründlich genug auf das Bestehen geistiger Gebrechen geachtet werde. So sei ein in Metz eingestellter offenbar geistesschwacher Mann mehrfach wegen Achtungsverletzung, Gehorsamsverweigerung, u. s. w. bestraft worden, wiewohl er doch für die begangenen Handlungen wegen seiner Geistesschwäche nicht hätte verantwortlich gemacht werden dürfen. Die Mutter habe sich unter Anführung von Gewährsleuten und Thatsachen — z. B. dass der Sohn wegen Geistesschwäche aus der Lehre entlassen worden sei — an das Generalkommando mit einem Gesuch gewandt, das aber auf Grund eines militärärztlichen Gutachtens unberücksichtigt geblieben sei. Der Abgeordnete hielt es gleichwohl für feststehend, dass der bestrafte Soldat geistesschwach und nicht verantwortlich sei, und forderte dringend auf, Vorkehrungen zu treffen, dass solche minderwertig Veranlagten nicht zur Aushebung gelangen und dass sie als solche der Militärbehörde schon vorher bezeichnet werden.

Der Vertreter des Kriegsministeriums erklärte, der Militärverwaltung sei der mitgetheilte Fall unbekannt, die Armee habe keinerlei Interesse die geistig Minderwerthigen einzustellen, für einen Compagniechef sei es gewiss kein Vergnügen solche Leute zu haben. Es beständen auch Anweisungen für die Sanitätsoffiziere der Einstellung solcher Leute vorzubeugen, wenn das gleichwohl vorkomme, sei der Grund in dem Umstand zu suchen, dass vielfach im Volke die Neigung bestehe, die geistige Schwäche zu verheimlichen und eine solche bei den Aushebungen nicht zur Sprache zu bringen. Würde das geschehen, so würde sich die Einstellung Geistesschwacher auf ein Minimum reduciren. Was die Klage darüber anlange, dass Geistesschwache nicht alsbald wieder entlassen würden, so sei zu bedenken, dass über der erforderlichen Untersuchung und Beobachtung längere Zeit verstreiche. Es sei bekannt, dass gerade die Truppenbefehlshaber diejenigen seien, die am ehesten auf eine baldige Entlassung drängen. Jedenfalls werde kein Mittel unversucht gelassen, um sich Klarheit zu verschaffen, die Beobachtung der Vorgesetzten gehe Hand in Hand mit derjenigen der Aerzte, kurzum die bestehenden Vorschriften und ihre Anwendung genügten — ganz vereinzelte Ausnahmen abgerechnet — vollkommen, um das Einstellen und Verbleiben von Schwachsinnigen in der Armee zu verhüten.

Diese Ansicht des Herrn Vertreters des Kriegsministeriums darf im Interesse der vielen alljährlich ausgehobenen und nicht rechtzeitig wieder ausgemerzten Geistesschwachen nicht unwidersprochen bleiben. Gewiss hat die Armee kein Interesse daran, die geistig Minderwerthigen einzustellen, und die Heerordnung besagt ausdrücklich „überstandene und noch bestehende Geisteskrankheiten, sowie hoher Grad von geistiger Beschränktheit, der die militärische Ausbildung verhindern würde“ machen dauernd zum Dienst im stehenden Heer und selbst für den Land-

sturm untauglich. Gewiss preisen die Herren Compagniechefs und Rekrutenoffiziere den Tag glücklich, an dem sie einen als schwachsinnig erkannten Rekruten wieder los werden, aber sie sind doch keine Psychiater und beurtheilen gewiss manches als „Dickfelligkeit" und „Simulation", was von einem psychiatrisch hinreichend geschulten Arzt ohne weiteres als Ausfluss einer krankhaften Geistesschwäche erkannt würde.

Aber selbst dann, wenn dem militärischen Vorgesetzten, dem Laien, die geistige Schwerfälligkeit und Beschränktheit eines Rekruten so hochgradig erscheint, dass sie die militärische Ausbildung nach seiner Meinung verhindert, ist die alsbaldige Entlassung noch keineswegs gesichert. Es bedarf erst eines begründeten Gutachtens des Militärarztes, der gar nicht selten die Auffassung des Frontofficiers nicht theilt. Die Fälle, in welchem die Beobachtung der militärischen Vorgesetzten nicht Hand in Hand geht mit derjenigen der Aerzte, sind keineswegs selten. Und das liegt in der Hauptsache an der mangelhaften psychiatrischen Vorbildung unserer Herren Sanitätsofficiere. Hierin muss Wandel geschafft werden. Die Forderung, mit grösserem Eifer und Erfolg als bisher der Einstellung Geistesschwacher vorzubeugen und deren schleunige Wiederentfernung aus dem Heere zu gewährleisten, ist vollauf berechtigt; ihre Erfüllung stellt sicher auch eine der wirksamsten Maassnahmen dar zur Minderung der Misshandlungen in der Armee. Die militärische Dienstzeit der zu Unrecht ausgehobenen und bei der Truppe verbleibenden Schwachsinnigen bildet nicht selten eine ununterbrochene, vielgliederige Kette von schwersten Drangsalirungen und Bestrafungen. Ein Schwachsinniger in der Korporalschaft verschleisst die Zeit, Arbeitsfreudigkeit und Geduld des Unterofficiers mehr als ein halb Dutzend andere Rekruten. Was solchem Idioten nicht in der gewöhnlichen Ausbildungsart und Zeit beizubringen ist, wird mit „eindringlicheren" Methoden beim endlosen Nachexerciren versucht, und später auf der Stube noch mit „schlagendem" Erfolg von den anderen Mannschaften ergänzt, denen natürlich wieder der „Dämelak" zum „Nachkloppen" verholfen und einen sonst freien Nachmittag „verhunzt" hat. Und wenn nun gar — was nicht selten ist — solcher Schwachsinnige in seiner Erregung sich zu Dienstwidrigkeiten und Achtungsverletzung hinreissen lässt oder den Gehorsam verweigert, dann verdoppelt und verdreifacht sich zuweilen die zweijährige Dienstzeit durch Hinzukommen längerer Freiheitsstrafen und sein „Nationale" weist Dutzende von Einzelstrafthaten auf, die bei neuen Vergehen erschwerend in die Waagschale fallen. Die Hauptschuld an solchen im Interesse der armen Schwachsinnigen wie der Armee gleich bedauernswerthen, keineswegs ganz seltenen — erst im vergangenen Jahr habe ich zwei solcher gesehen — Fällen liegt, wie schon gesagt, an der unzureichenden psychiatrischen Ausbildung und Schulung unserer Militärärzte.

Es soll gewiss gerne anerkannt werden, dass unser deutsches Sanitätsofficiercorps auf vielen Gebieten der Medicin, namentlich in Chirurgie, Bakteriologie und überhaupt Hygiene eine ganze Reihe führender Persönlichkeiten gestellt hat, und dass in den letzten Jahrzehnten für die Weiterbildung der Militärärzte von oberster Stelle aus sehr viel geschehen ist. Um die psychiatrischen Kenntnisse unserer Herren Collegen in der Armee ist es aber durchweg recht schlecht bestellt, wie mir jeder Fachmann bestätigen wird, der öfters mit solchen zusammengekommen ist oder viele militärärztliche Gutachten über Fälle zweifelhaften geistigen Zustandes gelesen hat. Dieser Ansicht begegnet man übrigens auch gar nicht selten in Officierskreisen. So stand beispielsweise in dem 4. Beiblatt des Berliner Tageblattes Nr. 27 dieses Jahrgangs folgende nach Mittheilung der Redaction von einem activen Officier stammende Auslassung: „Ich hatte einen Rekruten in der Compagnie, welcher 4 Mal zur Beobachtung seines Geisteszustandes auf Monate ins Lazarett geschickt wurde; aber seine Entlassung konnte nicht verfügt werden. Die Ansprüche auf Denkkraft sind ärztlicherseits leider noch bescheidener als von Seiten eines Rekrutenofficiers. Trat der arme Schwachsinnige zum Spotte der Kameraden und zum Entsetzen der Vorgesetzten einmal wieder zum Dienst an, so entzog er zu seiner Specialausbildung — welche infolge seiner „langen Leitung" nie abgeschlossen wurde —, einen Unterofficier dem Verbande der Compagnie. Aehnliche Fälle sind gar nicht vereinzelt."

Es wird hier also von einem activen Officier die Ansicht offen ausgesprochen, dass ein von ihm als ein armer Schwachsinniger erkannter Rekrut, zum Gespött seiner Kameraden und zum Entsetzen der Vorgesetzten noch länger im Truppenverband verbleiben musste, weil die Ansprüche auf Denkkraft ärztlicherseits leider noch bescheidener seien als von Seiten eines Rekrutenofficiers. Der Militärarzt konnte also, nach Auffassung des Artikelschreibers, einen den Officieren wie der Mannschaft offenkundigen Schwachsinn nicht diagnosticiren.

Von verwandten und bekannten Officieren sind mir mehrfach ganz ähnliche Beispiele aus ihrer eigenen Praxis mitgetheilt und ganz die gleichen Ansichten wie in dem angeführten Artikel geäussert worden.

Sind diese Beispiele und Ansichten richtig — und ich kann ihnen aus eigener Erfahrung nur beipflichten —, dann muss die Forderung an die Heeresverwaltung gestellt werden, der psychiatrischen Ausbildung der Sanitätsofficiere durch Commandirung an Specialanstalten baldigst Rechnung zu tragen. Ausserdem ist es empfehlenswerth, dass in den Gestellungslisten bei allen in der Schule auffällig geistig Zurückgebliebenen ein entsprechender Vermerk gemacht und im Fall der gleichwohl erfolgenden Aushebung dem Truppenteil ein entsprechender Hinweis gegeben würde. Das geschieht bisher nicht. Mir sind Fälle bekannt, in welchen durch blosse Nachfrage bei der Heimathbehörde und früher besuchten Schule sofort ermittelt wurde, dass Arbeitssoldaten 2. Klasse, deren Dienstzeit eine wahre Leidensgeschichte darstellte, schon während ihrer Schulzeit als hochgradig geistesschwach aufgefallen waren.

Schlaf und Geisteskrankheit.

Von Dr. *Georg Lomer*, 1. Assistent der Provinzial-Anstalt Neustadt (Holstein).

Je vollkommener eine Maschine läuft, um so vollkommener muss auch ihre Construction sein. Je complicirter eine Leistung, um so complicirter der Bau des sie hervorbringenden Organs. Jede Leistung ist aber im letzten Grunde Bewegung, resp. setzt sich aus Bewegungen zusammen. Die Lebendigkeit des menschlichen Geistes ist seine Beweglichkeit, eine Eigenschaft, welche sich auf eine ganz bedeutende Reactionsfähigkeit der psycho-chemischen Elemente des Bewusstseins stützt. Letztere müssen also eine umso grössere Reizbarkeit, Empfindlichkeit besitzen, je lebendiger das geistige Leben sein soll. Diese Empfindlichkeit liesse sich als chemische Labilität bezeichnen und wäre, wenn sie extreme Grade erreicht, mit grosser Hinfälligkeit gleich bedeutend. Denn es ist klar, dass der reactionsfähige Stoff, d. h. der Stoff, welcher Aussenreizen am ehesten nachgiebt, diesen auch die meisten und empfindlichsten Angriffspunkte zu seiner eigenen Vernichtung bieten muss. Wir sehen ja auch Tag für Tag, dass die feinsten, d. h. feinst-construirten Seelen die verletzlichsten sind.

Je mehr Hirnelemente vorhanden sind, umsomeh können ihrer nun den Erscheinungen anheimfallen, welche wir als Schlaf bezeichnen. Der Schlaf ist nie ein totaler, alle Hirntheile umfassender. Er ergreift vielmehr in erster Linie die Komponenten des Selbstbewusstseins, während fundamental wichtige Functionen wie Puls, Athmung und die Functionen der meisten Nicht-Hirnzellen, wenn auch modificirt, fortbestehen.

Wer einschlafen will, legt sich zunächst ruhig hin. Er geht unbewusst von der Thatsache aus, dass „Sich bewegen" = Reize sammeln heisst. (Man denke an die Lebendigkeit der Kinder, deren Bewegungstrieb nichts anderes zum Ziele hat als die Ausfüllung bereitstehender Centren mit Neueindrücken!) Er wird ferner das dem Strassenlärm am meisten abgewandte Zimmer als Ruhestatt wählen, um die acustischen Reize, er wird das Zimmer verdunkeln und zur Sicherheit die Augen schliessen, um die optischen Reize fernzuhalten. Sehr wichtig ist aber besonders die ruhige Lage im Bett. Es ist ein Erfahrungssatz, dass, wer einschlafen will, sich nicht viel hin- und herwerfen darf, um unzählige Neureize seitens des Muskel- und Gelenkgefühls zu vermeiden. —

Wo nach Abstellung aller dieser Reizgruppen der Schlaf noch nicht eintritt, da liegen in der Regel pathologische Reize, aus dem eigenen Körper herrührend, vor. Auch setzt die Schlafmöglichkeit voraus, dass die reizaufnehmenden Organe eine gewisse Stumpfheit durch vielen Gebrauch während des Tages erlangt haben müssen, da die Centralstellen sonst von zahllosen Reizwellen überschwemmt werden, die ein zur Ruhe kommen unmöglich machen. Im Einschlafen nehmen diese Wellen mehr und mehr ab, und im erlangten normalen Schlaf bewahrheitet sich so der Satz: Wo kein Reiz, da keine Psyche! —

So lange aber noch Herzthätigkeit und Athmung im Gange sind, müssen auch noch Reize, vielleicht chemischer Art, vorhanden sein, da jede Bewegung die Reaction auf einen Reiz bedeutet. So lange muss also auch noch Psyche vorhanden sein, wenngleich wohl primitivster Art. Erst im Tode erlöschen auch diese letzten Reactionen, und es tritt absolute Reizunempfänglichkeit ein für sämmtliche specifischen Sinnesreize. —

Nach logischen Gesetzen muss der Satz: „Wo kein Reiz, da keine Psyche!" annähernd auch in umgekehrter

Fassung seine Richtigkeit behalten. Also: „Wo keine Psyche, da kein Reiz!" Mit andern Worten: wenn wir irgendwo einen Mangel an Psyche wahrnehmen, so müssen wir daraus unter Umständen schliessen können, dass es an denjenigen Reizen mangelt, welche die Psyche normaliter sekundär bedingen. Dieser Reizausfall kann durch zweierlei Ursachen hervorgerufen sein. Entweder ist die reizliefernde Aussenwelt abgesperrt, — wie dies im Schlafe der Fall ist. Oder aber, die Reize laufen zwar ein, aber die Aufnahme-Apparate sind nicht intact. Das kann im letzten Grunde nur heissen: sie sind chemisch verändert und müssen daher, nach einfachster Logik, auch verändert reagiren. Es wird also von der Aussenwelt ein von dem „normalen" verschiedenes Bild entworfen. Reize, welche sonst die Wirkungsschwelle nicht erreichten, mögen unter solchen Umständen noch zur Wirkung gelangen; während andere, welche unter gewöhnlichen Verhältnissen die Bahnen glatt durchlaufen, garnicht percipirt werden: Je nach der Specificität des betroffenen Sinnesorganes wird das Weltbild also in der einen oder andern Richtung gefälscht. Der geistige Mensch, welcher gewohnt ist, sich in allen wesentlichen Dingen auf die Nachrichtenpost seiner Sinnesorgane zu verlassen und nach ihnen zu handeln. wird diesem veränderten Weltbilde um so eher Glauben schenken, je allmählicher und unmerklicher die Veränderung eintritt (Paranoia chronica!). Ist der Wechsel acuter, wie z. B. beim Alkoholdeliranten, so steht er den neuen Wahrnehmungen zunächst mit einem gewissen naiven Erstaunen gegenüber. Aber der Glaube an die Untrüglichkeit seiner Sinne ist ihm so tief eingeboren, dass er diesen am Ende doch immer mehr traut, als den Worten der Mitmenschen, die ihm ausreden wollen, „was er doch mit eigenen Augen sieht und mit eigenen Ohren hört."

Wenn hier so die periphere Entstehung der Sinnestäuschungen betont wird, so soll damit das einwirkende Centralelement nicht weggeleugnet werden. Es ist vielmehr ein sine qua non für ihr Zustandekommen. Ich meine die psychotische Anlage, welche sich auf den verschiedensten centralen Gebieten äussern kann, und für deren primäre Entstehung, abgesehen von der Heredität, den Intoxikationen eine grössere Rolle zukommen dürfte, als man ihnen im Allgemeinen zugesteht.

Doch kehren wir zur Betrachtung des Schlafes zurück! Oft genug hat man Parallelen gezogen zwischen den Erscheinungen des Traumes und den Geisteskrankheiten. Ja, man hat die Träume direkt als „vorübergehende Geisteskrankheiten" bezeichnet. Die Aehnlichkeiten zwischen beiden Erscheinungsreihen sind denn auch in der That so zahlreiche, dass man von der Gleichheit bezw. Aehnlichkeit des Thatsachenmaterials vielleicht einen Schluss auf eine Gleichheit der ätiologischen Bedingungen ihres Zustandekommens machen darf.

Hallucinationen und Illusionen, verändertes Selbstbewusstsein wie durchgreifende Charakteränderungen finden sich in beiden Zuständen gleicherweise, ebenso deliriöse Erscheinungsreihen; und wie sehr gewisse affective Traumzustände, Gemüthserregungen extremer Art, — den Affectpsychosen ähneln können, wird jeder Psychiater zu würdigen wissen.*)

Die Mehrzahl der psychotischen wie der traumhaften Zustände lassen sich zwanglos als Ausfall gewisser verschieden qualifizirter Vorstellungselemente auffassen. Ganz besonders trifft dies zu für die verschiedenen Formen der Verblödung, der fortschreitenden Demenz: Immer mehr centrale Elemente „schlafen ein", vermuthlich weil die lebenserhaltenden centripetalen Reize in immer stärker veränderter Form und Zahl ihnen zugeleitet werden. Es handelt sich hier, kann man sagen, um eine Form des Vergessens, welche nicht wie das alltägliche Vergessen eine chemische restitutio ad integrum bedeutet, ein Wiederaufnahmefähigwerden für Neureize, sondern eine Erschlaffung auf halber Bahn zu dieser restitutio, die möglicherweise toxisch ausgelöst wird. Mit anderen Worten, die Demenz ist ein immer tieferes Einschlafen bei offenen Augen. —

Der Schlaf ist ein periodisch wiederkehrender Erscheinungscomplex, der in den kosmisch bedingten Wechsel von Tag und Nacht seine Ursache hat. Sein Wesen aus dieser Bedingtheit einwandsfrei zu erklären, hat seine Schwierigkeit. Es kommt hierfür auch nicht in Frage, ob man den Schlaf als das rein passive Zurücktreten gewisser Lebensfunctionen auffasst oder mit W. Weygandt als activen Abwehrvorgang gegenüber der drohenden Erschöpfung. Jedenfalls kann man wohl soviel sagen: Jede organische Thätigkeit passt sich an. Daher müssen auch Schlaf- und Wachzustand Anpassungen an äussere Einflüsse sein. Im Wachen passt sich der Organismus an die mannigfachen Reize an, die tagsüber auf ihn einströmen. Im Schlaf- und Traumzustand an die Reize der Nacht, die sich vor allem durch ihre Minderzahl auszeichnen und gleich sind der Summa der Tagesreize abzüglich aller derjenigen Reize, welche durch das Tageslicht unmittelbar oder mittelbar bedingt sind. Da wir nun eine Parallele gezogen hatten zwischen Schlaf- und Traumzustand einer-

*) Vergl. Sante de Sanctis: **Die Träume. Halle a. S., C. Marhold.**



und den Geisteskrankheiten andererseits, so wirft sich hier ganz von selbst die Frage auf: Bedeuten die letzteren vielleicht auch nichts anderes als eine Anpassung? Und die zweite Frage: eine Anpassung woran?!

Die Angepasstheit des Schlafes an kosmische Perioden fordert auch hier zu einem Analogieschluss heraus. Nicht nur im cirkulären und periodischen Irresein ist ein deutlich re- oder intermittirender Charakter erkennbar. Auch die Mehrzahl aller anderen Psychosen zeigt, bei genauer Prüfung, deutlich die Tendenz zu rhythmischen Schwankungen, und wenn wir daran denken, dass auch in der Gesundheitsbreite das Leben sich keineswegs in monotoner Einförmigkeit dahinbewegt, sondern in Wellenlinien auf- und niedersteigt*), so liegt die Vermuthung nahe, dass auch der inter- resp. remittirende Rhythmus der Geisteskrankheiten auf einem gesetzmässigen An- und Abschwellen gewisser Anpassungstendenzen beruht, deren tieferes Wesen uns freilich dunkel bleibt. Der Wachzustand passt sich dem Tage, der Schlaf- und Traumzustand der Nacht an. Welchen kosmischen Einflüssen passt sich der Wellengang der Psychosen an? —

Um diese Frage zu beantworten, was der Zukunft vorbehalten bleibt, bedarf es einer grossen Anzahl minutiöser Untersuchungen physiologischer und psycho-pathologischer Zustände, am besten mittels der in der Psychiatrie mehr und mehr in Aufnahme kommenden Curvenschreibung. Allein die exacte Curvendarstellung ist im Stande, ein übersichtliches, für höhere Gesichtspunkte verwerthbares Bild von dem Gesammtverlaufe einer psychischen Affection zu geben. Eine grosse Schwierigkeit, die sich hier gleich ergiebt, liegt in der noch immer sehr mangelhaften Beschaffenheit der anamnestischen Erhebungen, insbesondere was die ersten Anfänge der psychotischen Erscheinungen betrifft. Man durchmustere nur das schriftliche Material der meisten grossen Anstalten und man wird zugeben, dass die vorhandenen anamnestischen Angaben meist mehr als mangelhaft sind. Auch fehlt es, um minutiöse Krankengeschichten zu schreiben, unseren fast durchweg mit einer allzugrossen Krankenziffer arbeitenden Psychiatern in der Regel an Zeit, und das ungeheuere Material, dessen ärztliche Versorgung einen umfassenden Blick für das Ganze verlangt, erschwert die wissenschaftliche Verarbeitung des Einzelfalles ganz ausserordentlich!

*) Vergl. Swoboda: Die Perioden des menschlichen Organismus. 1904. Verlag Franz Deuticke, Leipzig-Wien.
W. Fliess: Die Beziehungen zwischen Nase und weiblichen Geschlechtsorganen. Leipzig-Wien.

Und doch kommt für das Verständniss der Psychosen in erster Linie die moderne, freilich grossen Zeitaufwand erfordernde „Curven-Psychiatrie“ in Frage, für welche u. a. erst vor kurzem P. Näcke*) eine Lanze gebrochen hat. Heute endlich ist die Irrenheilkunde reif, um freie Bahn zu verlangen für Forschungen auf den zukunftsreichen experimentell-psychologischen Gebieten, wie sie besonders auch von den Schulen Kraepelin's und Sommer's gepflegt werden.

Um speciell den obenstehend erörterten Fragen näherzutreten, bedarf es systematischer, ev. jahrelanger Untersuchungen zahlreicher Momente, wie Blutdruck, Athmung, Ernährung u. s. w. auf somatischer Seite, Gedächtniss, Auffassungsfähigkeit, Associationsthätigkeit und anderer Functionen mehr in psychologischer Richtung. Zugleich wären synchrone Tabellen aufzustellen über die auf- und niedergehenden thermometrischen und barometrischen Schwankungen, über Wechsel der Jahreszeiten mit ihren meteorologischen Besonderheiten und über kosmische Erscheinungen vielfältigster Art!

Erst wenn mit diesen Mitteln objectiver Wissenschaft energischer gearbeitet wird, haben wir Hoffnung, für das Wesen der psychischen Perioden ein besseres Verständniss zu gewinnen. Zu solchen Arbeiten anzuregen, sollte Zweck dieser kurzen Ausführung sein.

*) P. Näcke: „Ueber den Werth der sogenannten Curven-Psychiatrie.“ Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 1904, Band 61, Heft 3.

Mittheilungen.

— **Pommern.** Beschluss des 32. Provinziallandtages der Provinz Pommern vom 16. März 1905. „Der Provinzialausschuss wird ermächtigt, den Beamten und Angestellten der Provinz, wenn sie infolge eines im Dienste erlittenen Unfalls dauernd dienstunfähig oder in ihrer Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt werden, und den Hinterbliebenen von Beamten und Angestellten der Provinz, die infolge eines im Dienste erlittenen Unfalls gestorben sind, eine den Vorschriften des Reichsgesetzes vom 18. Juni 1901 (Reichsgesetzblatt Seite 211) bezw. des Preussischen Gesetzes vom 2 Juni 1902 (Gesetz-



Sammlung Seite 153) gleichkommende Fürsorge zu gewähren."

— Zu dem Aufsatz **Die Benennung der Krankenhäuser für Geisteskranke,*)** von Oberarzt Dr. Max Fischer, bemerkt Dr. Raimann in der Wien. klinischen Wochenschrift Nr. 7, 1905: Er hat unbedingt Recht, wenn er gegen die Vorurtheile des Publikums ankämpft, statt ihnen auszuweichen; führte denn die Maskirung der Geisteskrankheiten durch die Bezeichnung Nervosität, die Benennung von Irrenanstalten als Sanatorien o. dergl. zu etwas anderem, als dass man kein junges Mädchen mehr zu einer Diätkur in ein Nervensanatorium schicken kann? — in den Augen des Publikums haftet ihr ein Makel an. Und dem Geisteskranken nützt man wahrlich nicht durch eine möglichst harmlose Benennung der Irrenanstalt."

— In der Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe wird Herr Director Alt vom 1. bis 13. Mai d. J. einen „Klinischen Curs der Psychiatrie" für Aerzte mit besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse in der Praxis abhalten. Es findet täglich Nachmittags von 6—8 Uhr eine Vorlesung statt, in der die typischen psychischen Krankheitsformen vorgeführt und namentlich die dem praktischen Arzt zufallenden Aufgaben der Vorbeugung und der Behandlung in der Häuslichkeit besprochen werden.

Das grosse und mannigfaltige Krankenmaterial der Anstalt (mit 1300 Kranken) bietet den Herren Curstheilnehmern zu eigenen Untersuchungen reichlich Gelegenheit, ebenso wie die gut ausgestatteten Laboratorien.

Die für den Neurologen und Psychiater werthvollen Stoffwechseluntersuchungen wird der Oberarzt Herr Dr. Hoppe in einem besonderen Curs vorführen.

Anmeldungen und Anfragen sind baldigst an Director Alt zu richten.

— **Baden.** Bei Renchen wird eine Heilstätte für Alkoholkranke eröffnet; sie steht unter der Leitung des Psychiaters Dr. Thoma. Sie ist vom Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke mit erheblicher staatlicher Unterstützung errichtet worden und umfasst 35 Plätze. Der Verpflegungssatz beträgt für Badener pro Tag 2 Mark.

— **Sachsen.** Verordnung, betr. die Unterbringung von Kranken in nicht unter unmittelbarer Verwaltung des Staates stehende Anstalten für Geisteskranke und Geistesschwache. Vom 2. Januar 1905. (Ges.- u. Verordn.-Bl. S. 6.)

§ 1. Die Verordnung vom 9. August 1900, die Unterbringung von Kranken in Privatirrenanstalten betreffend (G.- u. V.-Bl. S. 887), hat künftig ausser auf die dort angeführten Privatirrenanstalten auf alle nicht unter der Verwaltung des Staates stehenden, zur Aufnahme Geisteskranker und Geistesschwacher bestimmten Anstalten sinngemässe Anwendung zu finden. Es werden deren Vorschriften daher auch alle derartige Anstalten unterstellt, welche unter der Verwaltung von Gemeinden und politischen Körperschaften, ausschliesslich der Gemeinde- und Bezirksverbände, sowie unter der Verwaltung von Vereinen und Stiftungen stehen.

§ 2. Auf Anstalten, welche sich nur als besondere, zur Aufnahme von Geisteskranken und Geistesschwachen bestimmte Abtheilungen von Krankenhäusern darstellen, leiden die Vorschriften in §§ 1 und 2 der Verordnung vom 9. August 1900 keine Anwendung, wenn die Kranken nur vorübergehend in die Anstalten Aufnahme finden. Als vorübergehend ist die Aufnahme dann nicht mehr anzusehen, wenn sich der Aufenthalt auf eine längere Dauer als 5 Wochen ausdehnt.

§ 3 Zuwiderhandlungen gegen die Bestimmungen dieser Verordnung in Verbindung mit denjenigen in §§ 1 bis 8 der Verordnung vom 9. August 1900 werden an den Leitern der Anstalten, beziehentlich an den Leitern selbständiger Abtheilungen von Krankenhäusern oder deren verantwortlichen Vertretern mit Geldstrafe bis zu 150 M. oder mit Haft bestraft.

Dresden, den 2. Januar 1905.

Ministerium des Innern.

v. Metzsch. Kreher.

Das Gesetz- und Verordnungsblatt für das Königreich Sachsen bringt in Nr. 14 vom 10. März 1905 eine Ministerialverordnung, laut welcher die im Jahre 1879 errichtete „Irrenstation" bei der Strafanstalt Waldheim zum Range einer selbständigen „Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim" erhoben wird, deren Verwaltung vom 1. Mai 1905 ab nach den für die Landes-Heil- und Pflegeanstalten geltenden Grundsätzen durch einen Arzt zu erfolgen hat.

Die „Irrenstation" hat demnach den Charakter eines „Strafanstaltsadnexes" völlig verloren. Der Einfluss des Strafanstaltsdirectors ist gänzlich ausgeschaltet, die Anstalt selbst in ihrer Verwaltung und Vertretung nach aussen einem Arzt unterstellt.

Sachsen hat sich, wie allgemein bekannt, mit der Frage der Unterbringung krimineller Geisteskranker zuerst von allen deutschen Staaten befasst und hat nunmehr durch die in der vorgenannten Ministerialverordnung vorgesehene Neuregelung wiederum einen grossen Schritt nach vorwärts gethan.

Die Anschauung, dass vom psychiatrischen Standpunkt die Unterbringung gefährlicher Elemente in dem „Adnex einer Strafanstalt" unbedenklich erscheint, ist ja bereits von vielen Seiten angefochten worden; der Ansicht, dass auch in verwaltlicher Beziehung sich gegen die Unterbringung gefährlicher Elemente im „Adnex einer Strafanstalt" nichts einwenden lasse, ist, sofern man sich dabei auf den Adnex der Strafanstalt Waldheim berief, die Stütze entzogen. Die Verwaltung der Landesanstalt für Geisteskranke zu Waldheim ist dem Oberarzt Dr. Nerlich übertragen worden.

*) Dasselbe ist auch in Broschürenform bei C. Marhold erschienen.



Referate.

— Mingazzini: On the early differential diagnosis of morbid prozesses involving the base of the brain. The journ. of mental pathology. Vol. IV. Nr. 4—5. 1903. S. 97.

An der Hand von 8 Fällen bespricht Verf. die Differentialdiagnose zwischen tuberkulöser und syphilitischer Basalmeningitis, und den Tumoren an der Hirnbasis. Erstere tritt vorwiegend im Kindesalter auf, es ist erbliche Belastung und tuberkulöse Affection anderer Organe nachweisbar. Die Temperatur beträgt 38—39°, bisweilen mehr. Es besteht Steifigkeit der Nackenmuskeln, beständiger Kopfschmerz und Somnolenz, die meningitischen Reizerscheinungen gehen den Lähmungserscheinungen voraus. Die syphilitische Basilarmeningitis dagegen tritt gewöhnlich bei Individuen im Alter von 20—30 Jahren auf, es bestehen anderweitige Erscheinungen von Syphilis, die Temperatur ist nur selten erhöht, Nackensteifigkeit meist nicht vorhanden. Der Kopfschmerz tritt besonders nachts auf, das Sensorium ist zeitweise klar. Sehr früh sind Lähmungserscheinungen an den Hirnnerven nachweisbar. Bei Tumoren besteht kein Fieber, die Neuritis optica ist frühzeitig deutlich vorhanden. In der Mehrzahl der Fälle sind diese Unterscheidungsmerkmale anwendbar, indessen kommen auch nicht selten Ausnahmen vor.

Schütte-Osnabrück.

— Hunt: A contribution to the pathology of paramyoclonus multiplex. Journ. of nerv. a. ment. disease. 1903. Bd. 30. Nr. 7. S. 408.

Bei einem 49jährigen Manne wurde der typische Symptomencomplex des Paramyoclonus multiplex beobachtet. Die Erkrankung hatte sich im Anschluss an eine heftige Gemüthsbewegung entwickelt, doch fehlten hysterische Symptome vollkommen. Die Zuckungen der Muskeln hörten im Schlaf auf; die Sehnenreflexe waren gesteigert. Der Pat. starb an Tuberkulose. Das Gehirn erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als normal, ebenso das Rückenmark, abgesehen von einer Verdickung der Gefässwände. Auch die peripheren Nerven boten keine Besonderheiten, dagegen war ein Theil der Muskelfasern erheblich verdickt, die Sarkolemmkerne vermehrt und unregelmässig zerstreut. Verf. weist darauf hin, dass ähnliche Veränderungen in den Muskeln bei Myotonia congenita. sowie bei der Dystrophica musculorum progressiva gefunden sind.

Schütte-Osnabrück.

— Farrar: On the typhoid psychoses. Med. Rep. of the Sheppard and Enoch Pratt Hospital. Vol. I. 1903. S. 42.

Verf. bespricht auf Grund von 4 eigenen Beobachtungen und der Litteratur die bei Typhus auftretenden Psychosen. Diese, besonders die Initialdelirien treten bei hereditär belasteten Personen leichter auf als bei nicht belasteten. Die Initialdelirien sind am seltensten, aber am gefährlichsten, sie verdecken oft das Grundleiden; 50% verlaufen tödtlich. Die Fieberdelirien geben die beste Prognose, doch dauern 25% noch längere oder kürzere Zeit nach der Heilung des Typhus an. Die infectiösen Schwächezustände geben eine zweifelhafte Prognose und dauern oft lange. Es giebt auch eine posttyphöse Disposition, auf deren Grundlage später Psychosen entstehen. Die geistigen Erkrankungen bei Typhus bieten an und für sich nichts Charakteristisches.

Schütte-Osnabrück.

— Hunt: Case of tumor of the right frontal lobe, with mental symptoms; autopsy. Publ. of Cornell University Medical College 1904. Vol. I. S. 10.

Ein 40jähriger Mann bekam eine linksseitige Lähmung, Steigerung der Sehnenreflexe, besonders links, und zeitweise träge Reaction der Pupillen auf Lichteinfall, verblödete ausserdem rasch. Kopfschmerzen und Erbrechen fehlten. Tod etwa fünf Monate nach dem Auftreten der ersten Symptome. Die Autopsie ergab ein Glio-Sarkom im rechten Frontallappen. Die innere Kapsel war frei, in der Medulla fand sich bei Anwendung der Marchi'schen Methode eine diffuse Degeneration, eine typische Degeneration der Pyramidenstränge fehlte. Auch in der weissen Substanz des linken Frontallappens, der Occipitallappen und des Kleinhirns diffuse Degeneration. Der Symptomencomplex glich der progressiven Paralyse. Die Hemiplegie ist wahrscheinlich eine Folge des vermehrten Druckes.

Schütte-Osnabrück.

— 1. Marcus Wyler: Ueber die Garantien der Freiheitsrechte bei den in Anstalten befindlichen oder unterzubringenden Geisteskranken. Basel, F. Reinhard, 1904, 82 Seiten. Dissertation der Universität Lausanne.

2. Dr. jur. Marcus Wyler: Für ein eidgenössisches Irrengesetz. Thatsachen, Gedanken und Wünsche. Basel, A. Geering, 1905. 111 Seiten.

In der ersten Brochure stellt Verf. den Inhalt (nicht den ganzen Wortlaut) der auf die Garantieen der Freiheitsrechte der Anstaltspatienten bezüglichen Gesetze und Reglemente der schweizerischen Cantone, der meisten europäischen und einiger amerikanischen Staaten zusammen; durch sehr knappe Bemerkungen, noch mehr aber durch die blosse Art der Zusammenstellung übt er zugleich eine sehr scharfe Kritik daran aus.

Die zweite Schrift ist eine Frucht der in der ersten niedergelegten gründlichen Studien. Sie macht positive Vorschläge zur Besserung der Verhältnisse, und verlangt im Anschluss an den Entwurf von Forel und unter eingehender Kritik der jetzigen Zustände, ein eidgenössisches Irrengesetz, wobei er nur die Bedürfnisse der Versorgung und Beaufsichtigung der Kranken berücksichtigt. Verf. verfügt über eine scharfe mit Geist und Eleganz geführte Klinge, die vielleicht diejenigen ärgert, die nicht seiner Meinung sind. Letzteres mag in diesem Falle ein Vortheil sein, denn es handelt sich zunächst darum, die Leute aufzurütteln. Ref. ist übrigens in den meisten Punkten

der Ansicht des Verf.; aber nicht in allen; vielleicht war es z. B. unnöthig, allzu actuelles vorzubringen, und einige Indiscretionen zu begehen; aber etwas Picanterie hilft auch dazu, das Interesse des Lesers wach zu halten. Die Brochure ist also sehr zur Lecture zu empfehlen; wenn sie auch in erster Linie von den schweizerischen Verhältnissen ausgeht, und für diese Vorschläge macht, so enthält sie doch auch für Nichtschweizer, namentlich für Juristen, eine Fülle von Interessantem und Beherzigenswerthem.

Bleuler-Burghölzli.

— Dr. Paul Dubois: Die Psychoneurosen und ihre psychische Behandlung. (Uebersetzt von Dr. med. Ruigier in Kirchdorf bei Bern.) Franke-Bern, 1905, 459 Seiten, geb. 10 M.

Die Einleitung des Buches ist etwas lang; wenigstens für Fachcollegen — für viele andere Leute wird sie leider nothwendig sein. Sie verbreitet sich über moderne Medicin, Hysterie, Classification der Neurosen, Willensfreiheit, Verantwortlichkeit, Ermüdbarkeit u. a. Eine eigentliche Classification der Nervenkrankheiten wird nicht gegeben. Die Suggestibilität wird als ein Fehler bezeichnet, dem indessen trauriger Weise nur 3% der Menschen entgehen können. Dubois möchte bei seiner Therapie nicht auf sie abstellen, er übersieht aber, dass er es gar nicht vermeiden kann, suggestiv auf seine Kranken einzuwirken, dass sicher ein grosser Theil seiner Heilresultate der Suggestion zu verdanken sind, ja dass er kaum das Gegentheil beweisen könnte, wenn jemand behaupten wollte, seine Methode wirke nur durch Suggestion. (Ref. ist nicht der letztern Meinung.) Um gleich mit dem Tadeln fertig zu machen, wollen wir noch hinzufügen, dass die wirklich glänzende Darstellungsweise der französischen Ausgabe durch die Uebersetzung deutlich gelitten hat, und dass nicht nur ein Register fehlt, sondern auch noch die Inhaltsangabe der Seitenzahlen entbehrt.

Den Hapttheil des Buches bildet der Nachweis, dass die Neurosen mit allen ihren Symptomen auf psychischem Wege entstehen, und dass der Patient von dem Augenblicke an geheilt ist, wo er sich für geheilt ansieht. Um nun dem Kranken die Ueberzeugung der Heilbarkeit und dann die der Heilung beizubringen, wendet Verf. den Weg der Erklärung und Ueberredung an. Wie er dabei zum Ziele kommt, zeigt er an einer grossen Zahl sehr geschickt ausgewählter Beispiele. Dem Leser werden sehr detaillirte psychologische Handgriffe an concreten Fällen demonstrirt, mit denen man am leichtesten der einzelnen Symptome Herr wird. Dieser Hauptheil des Werkes ist eine ganz hervorragende Leistung. Die Technik der von Dubois geübten Art der Psychotherapie wird so beschrieben, dass jedermann, der das genügende medicinische Verständniss hat, sie sollte nachmachen können. In dieser Beziehung können auch erfahrene Psychotherapeuten von dem Verf. gewiss noch manches lernen. Der Hauptwerth des Buches besteht aber darin, dass es wie kein anderes geeignet ist, zu zeigen, dass einzig und allein auf psychischem Wege den sogenannten Neurosen beizukommen ist, und dass andere Mittel nur insofern wirken, dass sie helfen, dem Kranken die Idee der Heilbarkeit und der Heilung beizubringen.

D. zeigt nur einen Weg, das Ziel zu erreichen, während es natürlich deren unzählige giebt, die nach der Individualität des Kranken wie des Arztes auszuwählen sind. Aber gerade durch diese Beschränkung auf eine Methode ist er seiner Wirkung beim Leser um so sicherer. Schwerer zu entbehren ist es, dass Verf. gar keine Anhaltspunkte giebt oder geben kann, die uns zeigen würden, bei welchen Formen er Erfolg und bei welchen er Misserfolg erlebt hat. Wer beim Versuchen einer neuen Methode zufällig zunächst auf ungeeignete Fälle stösst, verliert gar zu leicht die Sicherheit, und auf diese kommt es gewiss auch bei der sanften Ueberredung nach Dubois sehr an.

Resumé: Der Erfahrene wird von dem Verfasser noch manches technische Detail lernen können: jeder Unerfahrene aber sollte, bevor er in die Praxis geht, das Buch lesen, um sich von der ausschlaggebenden Bedeutung des psychischen Factors in der Behandlung der Neurosen überzeugen zu lassen.

Bleuler-Burghölzli.

Neuere Ergebnisse über Veronal.

Pisarski*) wählte zu den Versuchen immer die Kranken, bei welchen die Schlaflosigkeit eine wesentliche Anzeige war, um das Schlafmittel zu reichen.

Die Versuche wurden an 60 Kranken, nämlich an 35 Männern und 25 Weibern im Alter von 12 bis 78 Jahren ausgeführt: Phthisis pulmonum 16, Bronchitis diffusa, Emphysema pulmonum maj. grad. cum Hydrope 6, Exsudatum pleuriticum 2, Bronchopneumonia cat. acut. 2, Infarctus pulmonum 1, Bacillosis pleuro-peritonealis 1, Pleuropneumonia crouposa 2, Endocarditis mitral. chron. 6, mitr. et stenosis ostii venos. sinistri in stadio hyposystolico 3, Myocarditis chron. 1, Pericarditis 1, Endarteriitis chron. 1, Polyarthritis rheum. chron. 5, Polyarthritis rheum. acut 3, Rheumatismus muscularis 2. Nephritis chron. 2, Gastritis chron. 4, Icterus catarrhalis 1, Enteritis follicularis 1, Neoplasma ventric. 1, Neurasthenia 3, Hysteria 1, Chorea 1, Dementia senilis 1, Contusio 1, Fractura costae 1, Diabetes mellitus 1, Lues 1, Skorbut 1.

Im allgemeinen verbrauchte Pisarski 195,23 g Veronal und reichte es in verschiedener Form 284 mal. Die grösste Einzelgabe war 3 g und *pro die* hat er nie diese Dosis überschritten, indem er langsam von 0,25 bis 3 g ordinierte.

Meistentheils wurde Veronal um 8 Uhr abends gereicht, aber auch am Tage haben es die Kranken bekommen, wenn es sich um graphische Darstellung des Pulses mittels des Sphygmographen oder um eine eingehende Observation des Schlafes handelte.

Die Funktionen der Organe eines jeden mit Veronal behandelten Kranken wurden während der Behandlung sehr genau beobachtet; besondere Aufmerksamkeit wurde jedoch auf den Harn verwendet, sowohl auf die Menge des in 24 Stunden ausgeschiedenen Harnes, wie auch auf seine chemische Zusammensetzung. (Fortsetzung folgt.)

*) Ueber Veronal als neues Schlafmittel (Therapeutische Monatshefte 1904, October.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 2. 8. April. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Wiener Heilversuche an Paralytikern.

Von *Konrad Alt.*

Die von Wagner von Jauregg zielbewusst geleitete neue Wiener psychiatrische Schule ist unablässig bestrebt, den Einfluss körperlicher Erkrankungen auf Entstehung und Verlauf geistiger Störungen klarzulegen und die in der innern Medicin bewährten Behandlungsmethoden auch bei Bekämpfung der Psychosen nutzbringend zu verwerthen. Diese planmässigen Heilbestrebungen, denen schon mancher schöne Erfolg beschieden ist — es sei nur an die wirksame Behandlung der auf gastrointestionale Störungen zurückgeführten Autointoxications-Psychosen erinnert —, verdienen um so mehr Anerkennung und Beachtung, als ja leider heutzutage in der Psychiatrie vielerorten vor lauter anatomischer und psychologischer Schulung und Forschung die Zeit und Lust abhanden kommt, sich in dem weiter zu bilden, was des Arztes vornehmste und eigenste Aufgabe ist, in der Kunst zu helfen und zu heilen. Einen neuen Beleg der Wiener therapeutischen Versuche bietet die Arbeit von Alexander Pilcz „über Heilversuche an Paralytikern."*)

Die wohl jedem älteren Psychiater aus eigener Erfahrung bekannte Thatsache, dass der und jener für unheilbar und nicht mehr besserungsfähig angesprochene Fall im Gefolge einer fieberhaften Infectionskrankheit zur Heilung oder doch vorübergehend zu erstaunlicher Besserung gelangte, gab von Wagner den Anlass, die künstliche Erzeugung von fieberhaften Krankheiten als therapeutisches Agens bei Psychosen in ernsthafte Erwägung zu ziehen. Er liess indess, um durch künstliche Fiebererzeugung Psychosen günstig zu beeinflussen, nicht lebende, sondern abgetötete Pyocyaneuskulturen, sowie Tuberkulin (Koch) injiciren. Während diese Versuche anfangs hauptsächlich nur bei acuten Psychosen angestellt wurden, dehnte man sie später auch auf die progressive Paralyse aus. Gerade die Paralyse dürfte, wie von Wagner's Schüler Boeck bemerkte, „nicht die schlechtesten Chancen haben; denn an und für sich neigt ja die Krankheit zu Remissionen, und Fälle günstiger Einwirkung fieberhafter Krankheiten auf ihren Verlauf sind bekannt genug."

Pilcz behandelte demzufolge auf von Wagners Anregung in den Jahren 1900 und 1901 eine grosse Anzahl von Paralytikern wahllos, wie sie zur Aufnahme gelangten, mit Tuberkulin und verglich deren weiteres Schicksal bis zum Mai 1904 mit dem einer gleichen Anzahl nicht tuberkulinisirter Paralytiker. „Die Behandlung bestand in Injectionen von steigenden Dosen Tuberculinum Kochii, und zwar wurde ausnahmslos mit 0,01 des genannten Mittels begonnen. Bei fehlender oder nur schwacher Reaction im Sinne eines Anstieges der Körpertemperatur gingen wir in je zweitägigen Intervallen allmählich um 0,02 bis 0,03 hinauf bis zur Maximaldosis von 0,1, welche in keinem Fall (auch nicht bei Ausbleiben einer fieberhaften Reaction) überschritten wurde. In manchen Fällen erfolgten schon auf geringe Mengen hin erhebliche Temperatursteigerungen, sodass wir z. B. über 0,05 oder 0,07 nicht hinausgingen. Die Temperatur ward am Tage der Injection und am nächstfolgenden in 3stündlichen Intervallen gemessen. Es ergaben sich da bedeutende individuelle Verschiedenheiten derart, dass z. B. ein Kranker auf 0,03 am Tage der Injection höher fieberte, als in der Folge bei grösseren Dosen, ein anderer erst auf 0,1 überhaupt eine deutliche fieberhafte Reaction zeigte etc."

Nach dieser Methode wurden im Ganzen 69

*) Sonderabdruck aus „Jahresbücher für Psychiatrie und Neurologie." Leipzig und Wien, Franz Deuticke, 1904.

Paralytiker behandelt; über 3 von ihnen waren nachträgliche Nachrichten nicht zu erhalten, sodass zur Werthung einer etwaigen Wirkung nur 66 und zwar 54 Männer und 12 Frauen verblieben. Es wurde zum Vergleich genau dieselbe Anzahl — ebenfalls 54 Männer 12 Frauen — nahezu sämmtlich unmittelbar vor der Behandlungsepoche aufgenommener nicht behandelter Paralytiker herangezogen. Dabei ergaben sich einige Unterschiede, die dem Verfasser dafür zu sprechen scheinen, dass die Tuberkulinbehandlung für den Verlauf der Paralyse nicht belanglos war und im Grossen und Ganzen einen günstigen Einfluss gehabt hat. Einen vergleichenden Ueberblick erleichtert die nachstehende der Arbeit entnommene Tabelle:

Von 66 behandelten Paralytikern:

leben derzeit noch	8
starben im ersten Jahre	20
„ „ zweiten „	23
„ „ dritten „	11
nach dem „ „	4
Summe	66

Von 66 nicht behandelten Paralytikern:

leben derzeit noch	5
starben im ersten Jahre	39
„ „ zweiten „	11
„ „ dritten „	6
nach dem „ „	5
Summe	66

vom Aufnahmsdatum an gerechnet.

Bemerkenswerth ist daraus die Thatsache, dass von den 66 Behandelten innerhalb des ersten Jahres 20 verstarben, von den 66 nicht Behandelten 39, also nahezu nochmal so viele, ferner dass beim Abschluss der Beobachtung von ersteren noch 8 am Leben sind, von letzteren nur 5. Im zweiten und dritten Jahr überwiegen freilich die Todesfälle der behandelten die der nichtbehandelten ganz bedeutend, was die nur verhältnissmässige Geringfügigkeit des Unterschiedes der am Schluss der Beobachtung noch Lebenden beider Gruppen zur Folge hat.

Pilcz macht selbst darauf aufmerksam, dass diesen Zahlen nur ein relativer Werth zukomme, dass nur dann ein richtiges Bild von der etwaigen Beeinflussung der Lebensdauer der Paralytiker durch diese Behandlungsmethode gewonnen werden könne, wenn in allen Fällen genau der erste Beginn der Paralyse festgestellt wäre — was allerdings nicht möglich sei. Ebenso müsste eigentlich bei Werthung des Heilversuches berücksichtigt werden, ob Jemand der Paralyse selber, z. B. im Status paralyticus, an Marasmus paralyticus etc. erliegt, oder an einer intercurrirenden körperlichen Krankheit stirbt. Da aber die Fehlerquellen bei beiden Serien dieselben sein dürften, hätten seine Zahlen doch wohl einigen Anspruch auf Beweiskraft. „Es scheint, als würde die Behandlung den Kranken für eine gewisse Zeit eine grössere Widerstandsfähigkeit verleihen, welche letztere allerdings später sich wieder verlöre. Ferner verdient der Unterschied in der Zahl der lebenden Kranken bei beiden Serien hervorgehoben zu werden."

Hervorgehoben wird in der Arbeit noch die Thatsache, dass die noch lebenden nicht tuberkulinisirten Paralytiker sich beim Abschluss der Beobachtung sämmtlich im Terminalstadium befinden und anstaltsbedürftig sind, während von den behandelten einer noch berufsfähig ist, zwei Kranke ausserhalb einer Anstalt haltbar erscheinen, von den in der Anstalt befindlichen ebenfalls einer noch arbeitsfähig, zwei zwar tief verblödet aber körperlich noch rüstig sind.

Pilcz kommt zu dem Schlusse, dass zwar im einzelnen kein einziger Fall sich unter den Injicirten befindet, der nicht durch eine erkleckliche Anzahl kasuistischer Beiträge von „Spontanheilungen" oder weitgehendster „spontaner" Remissionen oder endlich abnorm langer Dauer übertroffen würde, dass aber bei Berücksichtigung der Gesammtresultate, und zwar im Vergleiche zu einer entsprechenden Anzahl nicht behandelter, sonst unter denselben äusseren Bedingungen verpflegter Patienten „ein Einfluss und zwar ein günstiger Einfluss, sei er auch noch so gering anzuschlagen, einfach nicht übersehen oder hinweg geleugnet werden kann", ein Einfluss, der sich nicht bloss bezüglich der Dauer des paralytischen Processes, sondern auch bezüglich der Stillstände und Besserungen bemerkbar macht. Er glaubt, dass diese Untersuchungsergebnisse recht sehr ermuthigen, auf dem von v. Wagner angegebenen Wege fortzufahren. Ob das Tuberkulin, das allerdings überall erhältlich und bequem dosirbar sei, das geeignetste Mittel zur künstlichen Fiebererzeugung darstelle, bleibe dahingestellt. Vielleicht gelinge es, auf irgend eine andere Weise dem Heilverfahren der Natur näher zu kommen, das wichtigste sei jedenfalls der Grundgedanke dieser therapeutischen Bestrebungen.

Man wird dem Herrn Verfasser gewiss darin beistimmen, dass es sehr bemerkenswerth ist, wenn im ersten Beobachtungsjahr von den behandelten Paralytikern nur halb so viele sterben, wie von den nichtbehandelten. Auch die grössere Zahl der bei Abschluss der Beobachtung noch lebenden, in besserem körperlichen und geistigen Zustand befindlichen



Tuberkulinisirten ist eine nicht wegzuleugnende Thatsache. Bei einem prognostisch so trüben Leiden, wie bei der Paralyse, wird man jede auch noch so geringfügige Besserungsmöglichkeit mit Freuden begrüssen und darum gewiss gerne zur künstlichen und dabei ungefährlichen Fiebererzeugung greifen, sobald erst ihr günstiger Einfluss einwandfrei dargethan ist.

Das scheint mir indess noch nicht in dem von Pilcz angenommenen Maasse der Fall zu sein. Zunächst ist die Zahl der beobachteten Fälle doch noch zu gering, um endgültige Schlüsse zu ziehen. Ueberdies erschiene es mir richtiger, wenn die Versuche in der Weise vorgenommen wären, dass von einem ganz bestimmten Zeitpunkt an die Neuaufgenommenen alternirend behandelt bezw. nicht behandelt wären, dass etwa die ungeraden Aufnahmenummern 1, 3 etc. injicirt würden, die geraden nicht. Die nicht tuberkulinisirten Paralytiker entstammen in der Hauptsache der vor der Versuchsperiode gelegenen, also einer früheren Zeitepoche, was immerhin bei der Zahl der noch lebenden in Betracht zu ziehen ist. Sodann geht aus der Arbeit nicht mit genügender Klarheit hervor, ob die beiden Gruppen bei Versetzen in andere Pflege gleichmässig auf die anderen Anstalten vertheilt worden sind. Es wäre denkbar, dass eine grössere Anzahl der Tuberkulinisirten zufällig in eine besser geleitete, hygienisch günstigere andere Anstalt gekommen ist. Wie die geringere oder grössere Güte einer Anstalt von Einfluss auf den Verlauf der Paralyse ist, erhellt schon aus dem Umstand, dass mancherorten überaus häufig der Tod im Status paralyticus eintritt, während das in anderen Anstalten zu den allergrössten Seltenheiten gehört.

Hier liegen in Bezug auf Vorbeugung und Behandlung die Dinge, was ja auch Pilcz in seinem trefflichen kleinen Lehrbuch der Psychiatrie betont, ganz ähnlich wie bei dem Status der Epileptiker. Sodann muss mit der Möglichkeit gerechnet werden, dass die geringere Mortalität im ersten Jahr wenigstens theilweise der erhöhten Sorgfalt und Aufmerksamkeit gutzuschreiben ist, welche — unbeabsichtigt natürlich — den in so genauer Beobachtung stehenden Injicirten zu Theil wurde. Das Personal kümmert sich ganz anders um die siechen Kranken, nach welchen der Arzt aus irgend welchen Gründen sich öfters und eingehender umsieht.

Zieht man auch dies alles in Betracht, so überwiegt doch noch die Wahrscheinlichkeit, dass das Tuberkulin selber an dem Endergebniss Antheil hat. Es könnte sein, dass bei den 8 am Leben gebliebenen Tuberkulinisirten, von denen 3 stark und 3 sehr stark auf die Einspritzung mit Temperatursteigerung reagirten, eine wenn auch geringgradige und klinisch nicht nachweisbare Tuberkulose bestanden hat und günstig beeinflusst worden ist. Möglicherweise ist aber auch bei Nichttuberkulösen durch das Tuberkulin den Kranken „für eine Zeit eine grössere Widerstandsfähigkeit" verliehen worden, die sich später wieder verlor.

Es wäre sehr erwünscht, dass bei weiteren Versuchen etwa nach Ablauf eines Jahres von Neuem eine Injectionskur vorgenommen wird. Würde sich alsdann wiederum eine geringere Mortalität des nächsten Jahres ergeben, so wüchse die Möglichkeit zur Wahrscheinlichkeit. Man könnte dann an der Hand genauer Stoffwechselversuche, die ja allerdings bei Paralytikern ganz besondere Schwierigkeit bereiten, den Ursachen dieser günstigen Wirkung wesentlich näher kommen. Einstweilen wissen wir nur, dass erfahrungsgemäss die Zeit nach Ueberstehung fieberhafter Krankheiten, wenn durch den im Fieber gesteigerten Mehrverbrauch bei geringerer Aufnahme ein erhebliches Deficit eingetreten ist, besonders geeignet ist für Ueberernährung und erhöhten Stoffansatz.

Man muss der Wiener Schule für die mit diesen Versuchen erneut gegebene Anregung recht dankbar sein, wenn auch der positive Erfolg erst gering ist, und vorläufig wenigstens „das wichtigste dieser Heilbestrebungen der Grundgedanke" ist.

Ich persönlich glaube allerdings nicht, dass auf dem betretenen Wege zur Bekämpfung der Paralyse grosse Erfolge zu erzielen sind. Unsere hiesigen langjährigen Untersuchungen an Paralytikern drängen immer mehr zu der Annahme, dass die *vorausgegangene Syphilis den Anstoss zu einer Leistungsabnahme mancher Stoffwechselorgane gegeben und damit bei an sich beschränkt umsatzfähigen oder schon anderweit* (z. B. durch Alkoholmissbrauch, unzweckmässige Ernährung etc.) *geschwächten Personen eine Störung des inneren Stoffabbaues und der Ausscheidung gesetzt hat, welche zur Bildung und Anhäufung von Eigengiften führte, die das Gefäss- und Nervensystem specifisch schädigen.*

Mit dieser Annahme lässt sich am ungezwungensten die bisher wenig verständliche Thatsache in Einklang bringen, dass in manchen Ländern die einheimische Bevölkerung trotz reichlich vorhandener Syphilis von der Paralyse verschont bleibt, während die dort sich inficirenden Europäer in ziemlichem Procentsatz paralytisch werden; nehmen die Einheimischen europäische Lebensweise an, so hält auch bei ihnen die Paralyse ihren Einzug.

Ist diese Auffassung der Paralyse als einer der Syphilis nachgefolgten Stoffwechselkrankheit mit sekundärem Gefässverfall und Nervenschwund richtig, so würden — abgesehen von planmässiger Bekämpfung des Grundübels — die Heilbestrebungen in erster Lienie dahin gehen müssen, durch frühzeitige Functionsprüfung der einzelnen Stoffwechselcomponenten Art und Grad der Insuficienz festzustellen, darnach die Ernährung zu regeln und ev. durch substituirende Darreichung von Organpräparaten zu corrigiren.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

§§ 823, 828, 832.

Die Möglichkeit, dass unter besonders unglücklichen Umständen eine erhebliche Verletzung durch einen Gegenstand zugefügt werden kann, begründet noch nicht die Eigenschaft der Gefährlichkeit (vergl. Entsch. des R. G. in Civilsachen Bd. 50. S. 65). Kann das gebrauchte Gummischnürchen auch in der Art seiner Verwendung nicht als gefährliches Spielzeug erachtet werden, so muss die Frage der Voraussehbarkeit eines rechtsverletzenden Erfolgs — nicht des eingetretenen Erfolgs — auch von dem Gesichtspunkte der Art und Absicht der Anwendung dieses Schnürchens, der sogenannten Schleuder, geprüft werden. Das Abschnellen des Papierstückchens ist allerdings eine vorsätzliche Handlung; wollte der Bekl. aber den Kl. auf den Rücken treffen, so konnte er nicht annehmen, dass der Kl. irgend eine Schmerzempfindung oder eine Störung seines Wohlbefindens fühlen werde, somit seine Willensbestimmung nicht darauf gerichtet sein, eine solche durch den Angriff auf den Kl. hervorzurufen. (Vergl. Entsch. des R. G. in Strafsachen Bd. 19, S. 226, Bd. 29, S. 58, Bd. 32, S. 113, insbesondere Bd 29, S. 59, 2. Abs., Bd. 32, S. 115, Schlusssatz.) Damit entfällt sodann der Vorsatz, den Körper des anderen widerrechtlich zu verletzen. . . . . . .

Erste Voraussetzung der Annahme einer fahrlässigen Körperverletzung ist aber die Erkenntniss der Gefährlichkeit der Handlung. Gemäss § 828 des B. G. B. erfordert, aber die Altersstufe des Gymnasiasten M. nicht bloss die Reife zur Erkenntniss der Gefährlichkeit der Handlung, sondern auch die Reife des Jugendlichen zur Erkenntniss seiner Verantwortlichkeit für dieselbe und zwar in dem Sinne, dass er sich dessen bewusst sein muss, in irgend einer Weise für die Folgen seiner Handlung selbst einstehen zu müssen. . . . . . .

Die Erkenntniss des Risikos einer Schuldstrafe erweist noch nicht die Erkenntniss einer Vergeltungspflicht (Entsch. des R. G. in Civilsachen Bd. 53, S. 157, 160.) . . . . . .

Im übrigen müssen die Anforderungen an die Aufsichtspflicht im Allgemeinen einerseits nach verständigem Ermessen für gute Erziehung der Kinder bedachter Eltern, andererseits auch nach den Grenzen der Möglichkeit bemessen werden. Sie gestalten sich selbstverständlich verschieden je nach der Individualität der Kinder. . . . . . . (R. G. 10. II. 1904.)

J. W. pag. 202.

§ 823.

Die Veröffentlichung von Urtheilen, welche die Gerichte in bürgerlichen Rechtsstreitigkeiten oder Strafsachen erlassen, ist statthaft und kann eine Schadenersatzpflicht nur dann begründen, wenn damit ein besonderer unlauterer Zweck verfolgt wird, z. B. die Absicht, zu beleidigen. (O. L. G. Hamburg. 15. II. 1904.) D. R. pag. 481. Entsch. Nr. 1985.

§ 828. 2.

Der Begriff der nach § 828 Abs. 2 B. G. B. zur Erkenntniss der Verantwortlichkeit erforderlichen Einsicht ist streitig. Zwei Meinungen stehen sich gegenüber. Nach der einen wird für die Ersatzpflicht des jugendlichen im Gegensatz zum erwachsenen Thäter die Voraussehbarkeit des Schadens gefordert (Liszt Delictsobligationen S. 52 ff.; Crome System des B. R. Bd. I, pag. 484; Lasz und Maier. Haftpflichtrecht S. 31). Nach der andern muss der Thäter die geistige Reife erlangt haben, um einsehen zu können, dass er widerrechtlich handelt, die Einsicht, das Rechtsverletzende, die Widerrechtlichkeit seiner Handlung oder Unterlassung zu erkennen (Planck Anm. 2a, Staudinger Anm. 2b zu § 828 B. G. B. und Dernburg, Lehrbuch des B. R. Bd. 2, S. 619, Anm. 8).

Die letztere Meinung ist als die richtige zu erachten.

Ihre Richtigkeit ergiebt sich schon aus der Wortbedeutung der Verantwortlichkeit. Diese erscheint als die Verpflichtung, für die durch eine rechtswidrige Handlung verursachten Folgen einzustehen. Die Erkenntniss der Verantwortlichkeit ist demgemäss die Erkenntniss, dass man die durch eine rechtswidrige Handlung verursachten Schäden tragen müsse. Diese Erkenntniss begreift also nothwendig auch die Erkenntniss des widerrechtlichen Handelns in sich. Daraus folgt, dass als Einsicht zur Erkenntniss der Verantwortlichkeit zunächst die Einsicht zur Erkenntniss der Widerrechtlichkeit einer Handlung zu betrachten ist. Die Motive zu § 709 des 1. Entwurfs sagen nun allerdings (vergl. Motive Bd. 2, S. 733), dass die Haftung nicht eintrete, wenn der Thäter die aus der Handlung drohende Gefahr der Verletzung oder des Schadens nicht gekannt habe. Das Kennen der Gefahr des Schadens, welches die Motive verlangen, wird von den Anhängern der ersten Meinung als die Voraussetzbarkeit des Schadens bezeichnet. Demgemäss wird von ihnen gefolgert, dass in § 828 Abs. 2 B. G. B. für den jugendlichen Thäter die Voraussehbarkeit des Schadens gefordert werde.

Diese Forderung lässt sich jedoch mit der Fassung jener Gesetzesvorschrift nicht wohl in Einklang bringen. Denn hätte der Gesetzgeber die Voraussehbarkeit des Schadens als Voraussetzung der Haftbarkeit des jugendlichen Thäters bestimmen wollen, so würde er, statt die wirklich von ihm gebrauchten Worte zu wählen, welche immerhin der Möglichkeit von Missverständnissen ausgesetzt sein konnten, einfach haben sagen können, dass der jugendliche Thäter nicht verantwortlich sei, wenn bei Begehung der schädigenden Handlung der Schaden nicht für ihn voraussehbar war. Diese Formulirung hätte er in der erwähnten Unterstellung sich um so mehr aneignen müssen, als die Voraussehbarkeit des Schadens für die Ersatzpflicht grundsätzlich nicht verlangt wird und eine Ausnahme von diesem Grundsatze deshalb besonders hervorzuheben war.

Aus den Motiven kann daher für die Richtigkeit der ersten Meinung nichts geschlossen werden.

Dagegen ergiebt sich die Richtigkeit der zweiten, wonach die zur Erkenntniss der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht die geistige Reife zu bedeuten hat, welche nothwendig ist, um einsehen zu können, dass die Handlung oder Unterlassung widerrechtlich sei, ferner auch aus dem Verlaufe der gesetzgeberischen Verhandlungen.

In der 2. Commission wurde der Antrag gestellt, nicht die zur Erkenntniss der Verantwortlichkeit, sondern die zur Erkenntniss der Gefährlichkeit der Handlung erforderliche Einsicht als maassgebend zu erklären. Die Annahme, dass dieser Antrag mit Rücksicht auf den Inhalt der Motive eingebracht wurde, lässt sich nicht von der Hand weisen. Der Antrag wurde aber abgelehnt.

Man erwog: Der „Antragsteller gehe von der Annahme aus, es komme nicht darauf an, ob der Thäter wissen konnte, dass er sich verantwortlich mache, sondern darauf, ob er wissen konnte, dass die Handlung für den anderen schädliche Folgen haben könne. Diese Auffassung sei indess nicht zutreffend. Der Erkenntniss der Strafbarkeit i. S. der §§ 56, 57 St. G. B. entspreche die Erkenntniss der Verantwortlichkeit, d. h. die Erkenntniss der Pflichten, welche das Zusammenleben der Menschen im Staate den Einzelnen auferlegt. Es komme auch nicht darauf an, ob der Thäter den angerichteten Schaden vorausgesehen habe, sondern ob er sich dessen bewusst gewesen sei, dass er widerrechtlich in eine fremde Interessensphäre eingreift" (Mugdan Mater. Bd. 2. S. 1082, 1083). Die Denkschrift zum Entwurf eines B. G. B. enthält keine abweichenden Ausführungen. Bei den Berathungen im Reichstage wurde der Sinn des § 828 Abs. 2 nicht, also auch nicht abweichend, dargelegt. Es muss deshalb gefolgert werden, dass man die Auslegung der 2. Commission gebilligt hat.

Durch diese wird aber die Richtigkeit der zweiten der oben erwähnten Meinungen bestätigt. (O. L. G. Zweibrücken. 9. IV. 1902.)

Seuffert's Archiv. Bd. II. pag. 398.
Entsch. Nr. 214.

§ 831.

Das Maass der im Verkehr für die Auswahl eines Angestellten erforderlichen Sorgfalt des Geschäftsherrn richtet sich nach der Art der Verrichtung, mit welcher der Angestellte betraut wird. (R. G. VI. 28. III. 1904.)

D. R. pag. 282. Entsch. Nr. 1276.

§ 831.

Wenn das Gesetz dem Geschäftsherrn die Verpflichtung auferlegt, durch Darlegung der concreten Verhältnisse, die zu der Auswahl des Angestellten geführt haben, die ihm entgegenstehende allgemeine gesetzliche Vermuthung seiner Verschuldung zu entkräften, dann kann es nicht zulässig erscheinen, dass dieser Gegenbeweis durch allgemeine, aus der Natur des Unternehmens geschöpfte Erwägungen für ge-

führt erachtet wird; damit wäre der Bestimmung des § 831 B. G. B. der Boden entzogen. Die aufgestellten allgemeinen Erwägungen genügen hierzu nicht, und die Hinzufügung, dass der Kl. selbst begründete Einwendungen gegen die Person der Angestellten nicht habe vorbringen können, lässt, da der Kl. zu solchem Vorbringen gegenüber § 831 B. G. B. gar keinen Anlass hat, diese Beweisführung noch bedenklicher erscheinen. (R. G. 2. V. 1904.)

J. W. pag. 361.

§ 832.

Das Gesetz unterscheidet nicht zwischen Minderjährigen, die der Beaufsichtigung bedürfen, und solchen, die ihrer nicht bedürfen. Die Inanspruchnahme der Aufsichtspflichtigen ist nicht von dem Nachweise bedingt, dass der zu beaufsichtigende Minderjährige zu der Categorie von Minderjährigen gehöre, die der Aufsicht bedürfen. Dem Gesetz ist diese Unterscheidung fremd. Aufsichtsrecht und Aufsichtspflicht über den Minderjährigen bestehen wegen seines Zustandes, weil er eben minderjährig ist. Art und Maass der Aufsicht gestaltet sich selbstverständlich in hohem Grade verschieden, je nach dem Alter, den Anlagen und Eigenschaften, der Entwicklung und Ausbildung, kurz nach der Individualität des Minderjährigen. (R. G. VI. C. S. 23. VI. 1902.)

Entscheid. des R. G. in C. S. Bd. 52. S. 69. Entsch. Nr. 18.

§ 833.

Die Haftung des Thierhalters ist nur dann begründet, wenn der Schaden durch eine selbständige, willkürliche Thätigkeit des Thieres entstanden ist. (O. L. G. Stuttgart. 19. VI. 1902.)

D. R. pag. 335. Entsch. Nr. 1495.

§§ 1297 ff.

Die Verlöbnisserklärungen Minderjähriger unterstehen den allgemeinen Bestimmungen über die Geschäftsfähigkeit, insbesondere den §§ 107, 108 B. G. B. Die Wirksamkeit eines vom Minderjährigen geschlossenen Verlöbnisses hängt daher von der Genehmigung seines gesetzlichen Vertreters ab. (O. L. G. Hamburg. 12. XII. 1903.)

D. R. pag. 314. Entscheid. Nr. 1400.

§ 1333.

Der § 1333 B. G. B., aus welchem der Kläger seinen Anfechtungsanspruch herleitet, regelt den Einfluss, welchen der Irrthum im Beweggrunde auf die Gültigkeit der Eheschliessung äussert. Die Voraussetzung für die Anwendbarkeit dieser Vorschrift ist hiernach, soweit es sich nicht um einen blossen Irrthum über die Personenidentität handelt, eine zweifache. Es wird einmal verlangt, dass der Anfechtende über solche „persönliche Eigenschaften" des andern Ehegatten geirrt hat, deren Mangel „bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe", also an sich und objectiv, geeignet war, den Eheschliessungswillen aufzuheben. Es ist aber noch weiterhin zweitens erforderlich, dass auch von dem subjectiven Standpunkte des Irrenden aus das Fehlen der fraglichen Eigenschaften dergestalt erheblich war, dass eine Kenntniss von diesem Fehlen ihn vor Schliessung der Ehe voraussichtlich abgehalten hätte. Das Gesetz geht von der Annahme aus, dass jeder, der eine Ehe eingehen will, sich Wesen und Bedeutung der Ehe klar macht. Er soll erwägen, dass die Ehe eine sittliche Lebensgemeinschaft, und zwar, wegen der dabei in Betracht kommenden leiblichen und geistigen Beziehungen, eine solche der engsten und innigsten Art ist. (Urtheil des IV. Sen. vom 14. I. 1904.)

J. W. pag. 114.

§ 1333.

. . . . Wenn die „persönliche Eigenschaft", um deren Nichtkenntniss es sich nach § 40 Tit I, Tl. II. A. L. R. und nach § 1333 B. G. B. handelt, in einer körperlichen Unvollkommenheit, dem Vorhandensein eines sich erst in der Folge entwickelnden Krankheitskeimes, besteht, so ergiebt schon die blosse Natur der Sache, dass ein derartiger Mangel der verschiedensten Grade fähig ist. Leiden, welche nur einmal auftreten und vorübergehen, stehen bezüglich ihrer Erheblichkeit nicht auf gleicher Stufe mit solchen, welche in gewissen Zeiträumen sich erneuern und wiederkehren. Je nachdem sie heilbar oder unheilbar sind, ist zwischen ihnen sogar der Art nach ein ganz wesentlicher und durchgreifender Unterschied. . . . . (R. G. 11. IV. 1904.)

J. W. pag. 284.

§ 1333.

. . . . Das B. G. scheint ohne weiteres anzunehmen, dass auch ein bei dem Beklagten zur Zeit der Eheschliessung vorhanden gewesener Keim für ein derartig nur einmal auftretendes, vorübergehendes Leiden eine „persönliche Eigenschaft" im Sinne des Gesetzes darstellen würde. Diese Ansicht aber steht mit dem Begriffe einer persönlichen Eigenschaft, welche eine der Person anhaftende Beschaffenheit von längerer Dauer voraussetzt, nicht in Einklang. (cf. Entscheidung des R. G. in Civilsachen. Bd. 52. S. 309, 310.) Ebensowenig wie die acute Erkrankung selbst, welche heilbar ist und keine wesentlichen Spuren bei dem Kranken hinterlässt, sich als eine Eigenschaft der Person in dem obengedachten Sinne



auffassen lässt, kann auch die Infection mit einer solchen für eine Eigenschaft gelten. (R. G. 11. IV. 1904.) J. W. pag. 284.

§ 1353.

Das Verlangen auf Herstellung der ehelichen Gemeinschaft kann sich auch dann als Missbrauch darstellen, wenn dem die Herstellung begehrenden Ehegatten ein schuldhaftes Verhalten überhaupt nicht zur Last fällt oder wenigstens die Thatbestandserfordernisse des § 1568 nicht erfüllt sind. Dagegen berechtigt nicht schon die Gefahr, die aus einem beiderseits gewollten ehelichen Umgange für die Gesundheit der Frau entstehen kann, diese, die Wiederherstellung der Gemeinschaft zu verweigern, weil jene Gefahr sich aus der ehelichen Gemeinschaft als solcher ohne weiteres ergiebt. (R. G. IV. 21. Juni 1904.) D. R. pag. 482. Entsch. Nr. 2005.

§ 1360.

Die Unterhaltspflicht des Ehemannes umfasst auch die Verpflichtung, im Falle der Erkrankung der Frau für deren ärztliche Behandlung auf seine Kosten zu sorgen. Derjenige Arzt, welcher die Erfüllung dieser Pflicht dadurch bewirkt, dass er die ärztliche Hülfe der Frau leistet, handelt als Geschäftsführer ohne Auftrag. Bei bedenklichen Erkrankungen liegt die Behandlung der Frau durch einen als tüchtig bekannten Specialarzt im Interesse des Mannes. Dieser muss daher für die Kosten aufkommen, sofern er nicht der Zuziehung eines Specialisten unzweideutig widersprochen hat. (O. L. G. Colmar. 25. III. 1904.)
D. R. pag. 315. Entscheid. Nr. 1402.

§ 1409.

Die Ehefrau, die zum Pfleger ihres Mannes für dessen Vermögensangelegenheiten bestellt ist, ist befugt, die zur Verfügung über ihr eingebrachtes Gut erforderliche Einwilligung des Mannes als dessen Vertreter sich selbst zu ertheilen. (K. G. 30. XI. 1903.) D. R. pag. 260.

§ 1568.

Wenn auch schwere, mit der ehelichen Gesinnung unvereinbare, andauernde und sich steigernde Ehrenkränkungen, namentlich wenn sie öffentlich begangen werden, eine Ehescheidung nach § 1568 rechtfertigen können, so ist dies doch dann nicht der Fall, wenn die beleidigenden Aeusserungen in der Erregung oder Uebereilung gefallen sind, und wenn der Beleidigende in Wahrnehmung berechtigter Interessen gehandelt hat und nicht die Absicht, zu beleidigen, aus der Form und den Umständen hervorgeht. (O. L. G. München. 21. IV. 1903.)
D. R. pag. 140. Entsch. Nr. 643.

§ 1568.

Dass gerade der Nachweis der unverbesserlichen Trunksucht und der auf böslicher Absicht beruhenden hartnäckigen Versagung des Unterhalts erbracht werden müsste, damit eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten angenommen werden könne, ergiebt sich aus dem Gesetze nicht. Auch sind die einzelnen Verfehlungen nicht gesondert zu betrachten, sondern das Gesammtverhalten ist ins Auge zu fassen. (R. G. IV. 27. VI. 1904.) D. R. pag. 530. Entsch. Nr. 2253.

§§ 1568, 827.

Die Parteien haben Scheidung der Ehe beantragt, der klagende Ehemann wegen Ehebruchs, dessen sich die Bekl. mit S. schuldig gemacht haben sollte, die Bekl., welche den Ehebruch bestritt, widerklagend die Scheidung auf Grund des § 1568 des B. G. B., indem sie dem Kl. vorwarf, sie fortgesetzt ohne jeden Anlass des Ehebruchs mit verschiedenen Personen, auch Dritten gegenüber, beschuldigt zu haben. Das O. L. G. wies Klage und Widerklage ab. Die Revision der Bekl. und Widerkl. wurde zurückgewiesen: Das B. G. nimmt nach der Erklärung, dass es dem Sachverständigen folge, und unter näherer überall bedenkenfreier Begründung ausdrücklich an, dass die Verdächtigungen durch krankhafte Wahnvorstellungen beim Kl. veranlasst sind, und ihm, weil sie ausserhalb seiner freien Willensbestimmung liegen, nicht als schwere Verletzungen der durch die Ehe begründeten Pflichten angerechnet werden können. Damit ist erkennbar zum Ausdruck gebracht und festgestellt, dass der Kl. bei den in Rede stehenden Verdächtigungen seiner Frau in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit im Sinne des § 827 des B. G. B. gehandelt hat. Dieser Feststellung gegenüber wird die an sich zutreffende Ausführung der Revision gegenstandslos, dass in Ermangelung einer solchen Feststellung auch von dem Kl. verlangt werden dürfe, dass er seine krankhaften Wahnvorstellungen jedenfalls nicht zur Grundlage fortgesetzter Verleumdungen und Verdächtigungen seiner Frau mache. Denn es ist allerdings richtig, dass das Recht an jeden, dessen freie Willensbestimmung nicht durch eine krankhafte Störung seiner Geistesthätigkeit ausgeschlossen ist, die Anforderung stellen muss, dass er krankhafter Wahnvorstellungen Herr wird. Diese Anforderung findet aber selbstverständlich ihre Grenze in der Möglichkeit des Herrwerdens, die im vorliegenden Falle ausgeschlossen war, da nach der Feststellung des B. G. die durch krank-



hafte Wahnvorstellungen beim Kl. veranlassten Verdächtigungen ausserhalb seiner freien Willensbestimmung lagen. — Abgesehen hiervon kommt aber entscheidend in Betracht, dass der bedingte Scheidungsgrund aus § 1568, welcher die ehelichen Verfehlungen mit Ausnahme der absoluten Ehevergehen aus den §§ 1565 — 1567 umfasst, seine Ausgestaltung und seinen Inhalt gefunden hat entsprechend dem durch die Eigenartigkeit, insbesondere das vorwiegend sittliche Wesen der Ehe zwischen den Ehegatten begründeten, sie zur ehelichen Lebensgemeinschaft — § 1353 Absatz 1 — verpflichtenden Rechtsverhältnisse. Es ist daher insbesondere auch die hier ebenfalls eingreifende Frage, ob die eheliche Verfehlung eines Ehegatten eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten im Sinne des § 1568 darstellt, aus dem Wesen der Ehe und nach den Umständen des einzelnen Falles zu entscheiden, ohne dass es dabei auf die Handlungs- oder Zurechnungsfähigkeit des Ehegatten im allgemeinen ausschlaggebend ankommen kann. Dass nun die Veranlassung einer ehelichen Verfehlung „durch krankhafte Wahnvorstellungen“ bei dem handelnden Ehegatten an sich geeignet ist, die Verfehlung des sonst ihr innewohnenden Charakters einer schweren Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten zu entkleiden, kann nicht zweifelhaft sein. Ob die einzelne Verfehlung eine solche schwere Verletzung darstellt, ist wesentlich thatsächlicher Natur und es würde daher im vorliegenden Falle die Annahme des B. G., dass dem Kl. die Verdächtigungen seiner Frau, weil sie ausserhalb seiner freien Willensbestimmung liegen, bei ihrer gehörigen und schlüssigen, von Rechtsirrthum erkennbar nicht beeinflussten Begründung, selbst dann nicht zu beanstanden sein, wenn die betreffende Feststellung nicht getroffen wäre. Schon damit entfällt eine wesentliche Voraussetzung für die Anwendbarkeit des § 1568, da nicht jede, sondern nur eine schwere Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten den Thatbestand des bedingten Scheidungsgrundes aus § 1568 erfüllt. Im übrigen durfte das B. G. auch, nach der Feststellung, dass dem Kl. die mehrgedachten Verdächtigungen als schwere Verletzungen nicht anzurechnen seien, weil sie ausserhalb seiner freien Willensbestimmung liegen, fernerhin annehmen, es könne nicht festgestellt werden, dass der Kl. die Zerrüttung der Ehe verschuldet habe. Danach bleibt dann der Thatbestand des bedingten Scheidungsgrundes aus § 1568 noch in Ansehung eines weiteren wesentlichen Bestandtheiles unerfüllt. (R. G. IV. 30. VI. 1904.) J. W. pag. 470.

§§ 1568, 1354.

Der Ehegatte kann das Begehren, dass seine getrennt von ihm bei ihren Eltern lebende Ehefrau sich zur Herstellung ihrer Gesundheit in eine Heilanstalt begebe, im Wege einer Klage auf Herstellung des ehelichen Lebens zur Geltung bringen. Der Beklagten konnte wegen ihres krankhaften Zustandes die Rückkehr in die Häuslichkeit des Mannes zur Zeit nicht zugemuthet werden. Nach dem Gutachten der Sachverständigen ist der Aufenthalt der Beklagten bei ihren Eltern für ihren Gesundheitszustand nachtheilig; anderseits darf eine Besserung erwartet werden, wenn die Beklagte längere Zeit in einer geschlossenen Anstalt verpflegt wird. Dem Kläger steht aber nach § 1354 B. G. B. die Entscheidung in allen das gemeinschaftliche eheliche Leben betreffenden Angelegenheiten zu; er kann deshalb auch verlangen, dass die Beklagte den Aufenthalt wählt, der zur Zeit für ihre Gesundheit allein zuträglich ist. Die Klage „auf Herstellung des ehelichen Lebens“ kann aber nicht bloss zur Beseitigung eines räumlichen Getrenntlebens, sondern in der Regel wegen jeder Verletzung der aus dem persönlichen Verhältnisse der Ehegatten sich ergebenden Pflichten, und zwar zum Zwecke der Herbeiführung eines dem Wesen der Ehe entsprechenden Verhaltens des andern Theiles, erhoben werden. (R. G. IV. C. S. 14. IV. 1902.)

Entsch. des R. G. in C. S. Band 51. S. 182.

Entsch. Nr. 44.

§ 1569.

„. . . . Es erscheint vorliegend die geistige Gemeinschaft zwischen den Streittheilen aufgehoben, d. h. die Empfindung für das eheliche Verhältniss zum Ehegatten und die aus diesem Verhältniss entspringenden Pflichten ist erloschen. . . .“

(Der Beklagte war wegen Geistesschwäche, nicht wegen Geisteskrankheit entmündigt.) (L. G. Darmstadt. 17. V. 1904.)

Psychiatr.-Neurol. Woch. pag. 309.

§ 1571, Abs. 3. C. P. O. § 609.

Die Klagefrist wird durch Ladung zum Sühnetermin gewahrt auch ohne Angabe bestimmter Scheidungsgründe. (R. G. IV. C. S. 16. VI. 1902.)

Seuffert's Archiv III. S. 21. Entsch. Nr. 110.

§§ 1665, 1793.

Der Bestellung eines Pflegers bedarf es nicht, wenn ein Vormund vorhanden ist, dem die Sorge für die Person des Kindes übertragen werden kann. (O. L. G. Rostock. 6. V. 1904.)

D. R. pag. 632. Entsch. Nr. 2730.



§ 1666.

Unter Verwahrlosung ist nicht bloss die sittliche, sondern auch die körperliche und geistige zu verstehen. Auch bei Personen von geschwächtem Intellect ist die Möglichkeit sittlicher Verwahrlosung, die durch die Fürsorgeerziehung verhütet werden kann, nicht ausgeschlossen. Den Armenverbänden liegt auch bei Idioten nur Beaufsichtigung und die Gewährung von Kur und Pflege, nicht die Sorge für Ausbildung ob. (K. G. Berlin 8. IV. 1903.)

D. R. pag. 105. Entsch. Nr. 483.

§ 1828.

Die Genehmigung zu einem Rechtsgeschäft ist vom Vormundschaftsgericht nur dem Vormund gegenüber zu erklären; dem Dritten gegenüber wird sie erst wirksam durch Mittheilung seitens des Vormundes; eine unmittelbare Mittheilung der Entscheidung durch das Gericht setzt sie dem Dritten gegenüber nicht in Wirksamkeit. Dritte Personen dürfen nicht zur Wahrnehmung eigener Rechte in das zwischen dem Vormundschaftsgericht und dem Vormunde bestehende interne Verhältniss eingreifen; Ansprüche Dritter gegen den Mündel können nur gegen den Vormund geltend gemacht werden. Versagt das Vormundschaftsgericht seine Genehmigung zu einem genehmigungsbedürftigen Rechtsgeschäfte, so kann nur der Vormund, nicht der Dritte (Vertragsgegner) Beschwerde einlegen. (K. G. Berlin 29. II. 1904.)

D. R. pag. 315. Entsch. Nr. 1413.

§ 1837.

Dem Entmündigten darf, wenn die von ihm beabsichtigte Anfechtung der Entmündigung nicht muthwillig oder aussichtslos erscheint, der zur Durchführung seiner Vertheidigung erforderliche Kostenvorschuss vom Vormund nicht verweigert werden.

Gegenüber einem die Vertheidigungsbefugniss des Entmündigten gefährdenden Missgriffe des Vormundes ist es Sache der dem Vormundschaftsgericht nach § 1837 B. G. B. obliegenden Aufsicht, zum Zwecke der Abhülfe auf den Vormund einzuwirken (Planck, Komm. z. B. G. B. Bd. 4, S. 587, Note 1 a. E.). Da dem Beschwerdegerichte die mit der Anfechtungsklage beabsichtigte Rechtsvertheidigung nicht aussichtslos erscheint, konnte es auf den Antrag eines zu der Beschwerde Berechtigten den Vormund, ohne ihm den Vorwurf der Pflichtverletzung zu machen, zur Zahlung eines angemessenen Vorschusses an den Anwalt des Entmündigten in dem Sinne anweisen, dass es ihm die Zahlung als seine sich aus den obwaltenden Umständen ergebende Pflicht darstellte (Bayer. Oberstes Landgericht, 20. Nov. 1903.)

D. R. pag. 46. Entsch. Nr. 193.

§ 1901.

Es gehört zum Zwecke der Vormundschaft, dass dem Mündel, wenn nöthig, eine entsprechende Pflege zu theil wird, dass er gehörig beaufsichtigt wird und womöglich Heilung erlangt. Erziehungs- und Zwangsrechte gegen den Volljährigen stehen dem Vormunde regelmässig allerdings nicht zu; Zwangsmaassregeln sind übrigens nicht absolut ausgeschlossen, sie stehen dem Vormunde zu, soweit es die Zwecke der Vormundschaft erfordern. Der Vormund handelt innerhalb der ihm nach § 1901 zustehenden Befugnisse, wenn er im Interesse der Sorge für die Person seines Mündels diesen in einer Irrenanstalt unterbringt. (Oberstes L. G. Bayern. 13. VIII. 1902.)

Seuffert's Archiv 3. S. 356. Entsch. Nr. 192.

§ 1906, 1908 Abs. 1.

Die Anordnung einer vorläufigen Vormundschaft ist unzulässig, wenn der Antrag auf Einleitung des Entmündigungsverfahrens wegen örtlicher Unzuständigkeit des Gerichts rechtskräftig abgelehnt worden ist. (K. G. Berlin. 25. V. 1903.)

D. R. pag. 106. Entsch. Nr. 485.

§ 1906.

1. Voraussetzung der Stellung unter vorläufige Vormundschaft ist, dass das Vormundschaftsgericht einen geistigen Defect, welcher zur Entmündigung zu führen geeignet ist — § 6 B. G. B. —, und eine hieraus für den zu Entmündigenden erwachsende Gefahr für seine Person oder sein Vermögen als vorhanden ansieht.

Der Vorderrichter muss angeben, welche Thatsachen die Vermögensgefährdung beweisen und in wie weit er die einzelnen Thatsachen für glaubhaft gemacht ansieht. Sonst ist die Möglichkeit einer Nachprüfung abgeschnitten.

Die Frage, ob Handlungen, welche der unter vorläufige Vormundschaft zu Stellende vorgenommen hat, geeignet sind, die Befürchtung einer Vermögensgefährdung zu begründen, liegt überhaupt nicht auf dem Boden ärztlicher Fachkunde; und deshalb kann die Berufung auf ein ärztliches Gutachten den Mangel einer selbständigen Begründung seiner Entscheidung seitens des Landgerichts nicht ersetzen. Wohl kann der Arzt begutachten, dass Handlungen Jemandes als Ausfluss einer zur Entmündigung geeigneten Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten anzusehen sind. Ob aber die betreffenden Handlungen unwirthschaftliche sind, hat der Richter selbst zu beurtheilen,

wenn nöthig, nach Anhörung von Sachverständigen des betreffenden Geschäftszweiges. Eine thatsächliche Feststellung, ob die Handlungen wirthschaftlich sind oder nicht, war um so mehr geboten, als nicht bloss die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen von einander abweichen, sondern auch derjenige Sachverständige, welchem der Vorderrichter folgt, aus einer persönlichen Beobachtung des unter vorläufige Vormundschaft Gestellten nicht mehr hat entnehmen können, als dass letzterer eine leicht erregbare Persönlichkeit ist, und sein Gutachten allein auf den Acteninhalt stützt. Der Sachverständige benutzt die Angaben der Acten über unwirthschaftliches Verhalten, indem er sie als feststehend erachtet. Eine Feststellung über die Richtigkeit der Actenangaben ist aber von dem Vorderrichter nicht getroffen, so dass das Gutachten keine geeignete Unterlage für die Entscheidung gewährt.

2. Die vorläufige Vormundschaft greift nicht nur dann Platz, wenn der zu Entmündigende Activvermögen besitzt. Zum Vermögen gehören auch Schulden, und wenn Jemand sich in Schulden stürzt, gefährdet er sein Vermögen. (K. G. I. C. S. 24. X. 1904.)

§ 1906.

Die vorläufige Vormundschaft darf nicht angeordnet werden, wenn der Antrag auf Entmündigung — sei es auch nur wegen der nicht erfolgten Beibringung des ärztlichen Attestes — abgewiesen ist. (K. G. 23. XI. 1903.)

§ 1909 ff.

Das deutsche Recht kennt keine einstweilige Pflegschaft als vorläufige Maassregel. (K. G. Berlin. 7. XII. 1903. D. R. pag. 450. Entsch. Nr. 1848.

§ 1909, Abs. 1. § 1666.

Die Bestellung eines Pflegers für ein unter elterlicher Gewalt stehendes Kind erscheint zu dem Zweck zulässig, dass ersterer wegen einer gegen das Kind begangenen Strafthat den Strafantrag stellt, den der Vater zu stellen pflichtwidrig unterlässt. (R. G. Entsch. des IV. Strafsen. 23. XII. 1901.)

Entsch. des R. G. in S. S. Bd. 35. S. 47.
Entsch. Nr. 17.

§ 1909.

Maassgebend für die Umgrenzung des Wirkungskreises des Pflegers ist dessen Verpflichtung durch das Vormundschaftsgericht. Diese ist die Quelle seiner Rechte und Pflichten. (O. L. G. Dresden. 21. X. 1902.)

Seuffert's Archiv. 3. S. 72. Entsch. Nr. 36.

§§ 1910, 1920.

Eine mit Einwilligung eines Gebrechlichen angeordnete Pflegschaft ist auf seinen Antrag ohne weiteres wieder aufzuheben.

Nach § 1920 B. G. B. hatte das Vormundschaftsgericht dem Antrage der Pflegebefohlenen, die in Gemässheit des § 1910 mit ihrer Einwilligung angeordnete Pflegschaft aufzuheben, stattzugeben, gleichviel ob das geistige Gebrechen, wegen dessen die Pflegschaft angeordnet worden ist, fortbesteht oder nicht. Auch für einen Geistesschwachen darf, so lang er nicht durch Entmündigung oder Stellung unter vorläufige Vormundschaft in der Geschäftsfähigkeit beschränkt ist, eine Pflegschaft nach § 1910 Abs. 2 nicht gegen seinen Willen angeordnet und die mit seiner Einwilligung angeordnete Pflegschaft nicht entgegen seinem Antrag auf Aufhebung aufrecht erhalten werden. Der Vorbehalt der Entscheidung über den Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft ist aber nichts anderes als die Ablehnung der sofortigen Aufhebung, die Aufrechterhaltung der Pflegschaft auf unbestimmte Zeit. Ein die freie Willensbestimmung ausschliessender Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, der die Pflegebefohlenen nach § 104 Nr. 2 B. G. B. geschäftsunfähig und deshalb ihren Antrag auf Aufhebung der Pflegschaft unwirksam machen würde, steht nicht in Frage. (Bayer. Oberstes Landesgericht. 27. V. 1904.)

D. R. pag. 336. Entscheid. Nr. 1527.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— Für die Theilnehmer am **5. internationalen Psychologen-Congress** in **Rom** vom 26.—30. April 1905 (siehe das vorläufige Programm in Nr. 50 des vorigen Jahrgangs) gewähren die italienischen Eisenbahngesellschaften je nach Entfernung 40 bis 60% Fahrpreis-Ermmässigung. Die Billets haben Giltigkeit vom 15. April bis 15. Mai. Das eben erschienene Programm bringt die bis zum 15. März angemeldeten Vorträge, ca. 170; davon entfallen auf die Section Psychopathologie 36, Criminalpsychologie 38 — Näheres durch Prof. Dr. Sante de Sanctis, Rom, Via Depretis 92.

— **Uchtspringe.** In diesem Monat werden es 10 Jahre, dass mit Erbauung des Pflegedörfchens

Wilhelmseich begonnen wurde, das inzwischen vielerorten im Inland und Ausland Nachahmung gefunden hat. Bei Beantragung dieser neuartigen Gründung wurde der Hoffnung Ausdruck gegeben, dass damit nicht nur eine Sesshaftmachung des männlichen Pflegepersonals begründet, sondern auch der bis dahin in der Provinz Sachsen noch nicht eingeführten Familienpflege Eingang verschafft werde. Ende März des Jahres 1900, in welchem der Provinziallandtag wegen ausgedehnterer und rascherer Einbürgerung dieser freiesten und dabei billigen Verpflegungsform bedeutsame Beschlüsse fasste, betrug die Zahl der Familienpfleglinge 55. Wie berechtigt die damaligen Voraussetzungen und Hoffnungen des Provinziallandtages waren, beweist die Thatsache, dass die Zahl der Familienpfleglinge Ende März 1905 auf 422 angestiegen ist. Wo solche Zahlen sprechen, sind weitere Worte überflüssig.

— **Aus Russland.** 1. Im September d. J. findet in Kiew der II. Congress russischer Psychiater, dessen Organisationscomité u. a. folgende Fragen zur Discussion angedeutet hat: Klassification der Geisteskrankheiten, Statistik und Gesetzgebung. — Ueber Dementia praecox und ihre Verhältnisse zur Katatonie, Hebephrenie und Dementia paranoides. — Erziehung zurückgebliebener Kinder. — Der physiologische und pathologische Affect in forensischer Hinsicht. Sanatorien für Nervenkranke. — Ueber die Localisationen in der Medulla spinalis. — Die klinische Bedeutung der Reflexe in den Krankheiten des Nervensystems. — Die Therapie der Abasie mittels Uebungsexercitationen. — Die psychologischen Grundlagen der rationellen Erziehung.

2. Für die nächste Versammlung des Vereins russischer Aerzte im Andenen Birogoff's, die im Januar 1906 in Moskau stattfindet, sind in der psychiatrisch-neurologischen Sectionfolgende Themata vorgeschlagen: Traumatische Verletzungen des Nervensystems in dem japanischen Kriege. Psychische Erkrankungen daneben. — Nerven- und psychische Erkrankungen in Beziehung zur Tuberculose. — Die cytodiagnostische Untersuchung des Liquor cerebrospinal bei Nerven- und psychischen Krankheiten. — Ueber das Ganser'sche Symptom.

Referate.

— Bourneville: Publication du progrès médical, Recherches cliniques et thérapeutiques sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie, Compterendu du service des enfants idiots, épileptiques et arriérés de Bicêtre pendant l'année 1900—1902. Band XXI bis XXIII. Paris 1901—1903, Felix Alcan.

Es handelt sich um ein Unternehmen, dem unsere an sich doch recht reiche psychiatrische Litteratur in Deutschland nicht auch nur entfernt Aehnliches an die Seite zu stellen hat. Allerdings sind hieran unsere Unterkunftsverhältnisse der Idioten schuld, wodurch die überwiegende Mehrheit dieser hochinteressanten Fälle noch der Obhut von Geistlichen und Pädagogen überwiesen wird. In Frankreich, wo meist Psychiater die Idiotenanstalten leiten, konnte diese Fundgrube werthvoller Beobachtungen am leichtesten entstehen.

Alljährlich giebt der rührige Chef der Idiotenabtheilungen zu Bicêtre einen Band heraus, in dem er zunächst vom verwaltungstechnischen und pädagogischen Standpunkt Aufschluss ertheilt über die Zahl und Art der Kinder, über die medicinisch-pädagogischen Einrichtungsmethoden, über die Vorschule, die Hauptklassen, die Lehrmittel, über Schulbäder, über Besuche u. s. w.; dann aber bringt der stärkere 2. Theil eine Fülle kürzerer Beobachtungen klinischer, pathologisch-anatomischer und histologischer Art. Die 10 bis 20 Einzelabhandlungen jedes Bandes von Bourneville und seinen Schülern, besonders Oberthur, Philippe, Crouzon, Boyer, L. Morel, Blumenfeld, Boncour etc., geben einen Ueberblick über die wissenschaftliche Beurtheilung der vielen schwierigen Fragen der Idiotie, so die Heredität, vor allem aber hinsichtlich einer speciellen Gruppirung der zahlreichen Fälle nach der Richtung der myxödematösen, hydrocephalen, mikrocephalen, mongoloïden, meningitischen, sklerotisch-atrophischen Form u. s. w., unter Heranziehung verschiedener Abbildungen. Die hystologische Seite möchte man sich noch etwas ausführlicher berücksichtigt wünschen; hier wären vor allem auch mikrophotographische Abbildungen recht erwünscht.

Niemand kann sich specieller mit den Fragen der Idiotie befassen, ohne von dem reichen Inhalt der Bourneville'schen Jahrbücher Notiz zu nehmen.

Weygandt.

— Wundt: Grundzüge der physiologischen Psychologie. 5. völlig umgearbeitete Auflage. 3. Band. IX und 796 Seiten. Mit 75 Abbildungen im Text. Leipzig, Engelmann 1903, 14 M. Dazu Gesammtregister, bearbeitet von W. Wirth, 134 S., 3 M.

Das Hauptwerk Wundt's liegt jetzt in erneuter Gestalt vollständig vor, als 3 starke Bände nebst besonderem Registerband in einem Gesammtumfang von 2200 Seiten. Das Werk bemüht sich, in gleicher Weise eine Darstellung der Psychologie vom originellen, streng einheitlichen Standpunkt eines Forschers, der ja den Ausbau der Einzelzweige selbst zum grössten Theil eingeleitet hat, darzubieten, wie auch eine handbuchartige Zusammenfassung des heutigen Standes unseres Einzelwissens auf dem grossen Gebiet zu liefern. Ob es förderhin überhaupt noch möglich sein wird, dass diese riesige Aufgabe in einem Werke von der Hand eines Forschers bewältigt werde, kann füglich bezweifelt werden.

Mehr als die bereits besprochenen Bände I und II mit ihrer Schilderung der Anatomie und Physiologie des Nervensystems, der Lehre von den psychischen Elementen und den Sinnesvorstellungen wird der letzte Band unsern Lesern zu bieten haben.

In den Fragen der Gemüthsbewegungen und Willenshandlungen, die nach dem Kapitel über die Zeitvorstellungen den 3. Band einleiten, spricht sich die Eigenart der Wundt'schen Lehre im Gegensatz zur Associationspsychologie am deutlichsten aus, in



einer Weise, der Ref. durchaus beitreten möchte, so wenig er sich auch bisher noch von der in Wundt's späteren Werken hervorgetretenen Lehre von der dreidimensionalen Mannigfaltigkeit des Systems der Gefühle überzeugen kennte.

Gerade den Psychiatern ans Herz zu legen sind die Ausführungen über Bewusstsein und Vorstellungsverlauf, sowie über psychische Verbindungen nebst dem anschliessenden kurzen Kapitel über Bewusstseinsanomalien.

Die Schlussbetrachtungen des monumentalen Werkes bilden die auch separat erschienenen Erörterungen über Naturwissenschaft und Psychologie. Die logischen Grundlagen der Naturwissenschaft werden untersucht, die Frage der Mechanik und Energethik, des Mechanismus und Vitalismus, sowie der Kausalität und Teleologie psychophysischer Lebensvorgänge werden abgehandelt und schliesslich hinsichtlich der Prinzipien der Psychologie der Begriff der Seele und die Prinzipien der psychischen Kausalität erörtert. Mit diesen, den Konnex der Psychologie mit der Philosophie bekundenden Bestrebungen schliesst die umfassendste und inhaltreichste Darstellung der Psychologie, die der Wissenschaft je dargeboten worden ist. Weygandt-Würzburg.

— Ueber den Werth der sogenannten Degenerationszeichen. Von Medicinal-Rath Dr. med. Paul Näcke in Hubertusburg. (Sonderabdruck aus der Monatsschrift f. Criminalpsychologie und Strafrechtsreform).

Die Degenerationszeichen kann man in anatomische, physiologische, psychologische und sociale eintheilen. Bei den somatischen Stigmen sind ausser den äusseren auch die inneren zu berücksichtigen. Bei beiden sind nur die zu zählen, welche die Function nicht oder kaum beeinträchtigen. Die wichtigsten somatischen Entartungszeichen sind die Atavismen resp. Pseudo-Atavismen, darauf folgen der Bedeutung nach die pathologischen Stigmen, zuletzt die A-, Hypo- und Hyperplasien. Zwischen Zahl, Wichtigkeit und Verbreitung der Degenerationszeichen und dem Zustande des Centralnervensystems besteht entschieden ein klinischer Zusammenhang. Die äusseren Stigmen sollen aber nur eine Aufforderung sein, das betreffende Individuum näher zu untersuchen, daher sind die physio-psychologischen Entartungszeichen entschieden viel wichtiger. Die Bedeutung jener steigt aber mit der Zahl, der Wichtigkeit und Ausbreitung am Körper, während ein einzelnes Stigma, oder nur wenige unwichtige, ohne Werth sind.

Bei erfolgreicher Untersuchung auf Stigma ist folgendes zu beachten:

1. muss ein grosses Material abnormer Menschen der verschiedensten Art,

2. müssen eine gleiche Zahl Normale untersucht werden;

3. ist nöthig, dass alle Untersuchten möglichst derselben Volksschicht, demselben Milieu entstammen;

4. ist eine Einigung über die Stigmen und über den Grad nöthig, von dem ab das eine oder andere Gebilde als Entartungszeichen zu zählen ist. Am besten werden nur die höheren Grade der Stigmen berücksichtigt und durch Messung festgestellt.

Die Degenerationslehre erweckt nicht nur theoretisches Interesse, insofern als sie z. B. dazu geführt hat, das Paralytikergehirn als ab ovo invalid anzusehen, sondern sie ist auch practisch wichtig, da sie z. B. bezüglich der Prognose von Geisteskrankheiten, der Erziehung und Berufswahl von Kindern, einer einzugehenden Heirath u. s. w. Winke zu geben im Stande ist. Dost-Hubertusburg.

Personalnachrichten.

— Assistenzarzt Dr. Gustav Kolb, an der Kreisirrenanstalt Bayreuth, ist am 1. April zum dirigirenden k. Oberarzt der im Bau begriffenen und im Herbst zu eröffnenden 2. oberfränk. Kreisirrenanstalt Kutzenberg ernannt worden.

Neuere Ergebnisse über Veronal.
(Fortsetzung.)

Verf. kann als Regel angeben, dass die Dosis von 0,15 g den Schlaf in 1 bis 1 $^1/_2$ Stunden herbeiführt, jedoch nur bei Weibern oder sehr geschwächten Männern, die Dosis von 0,50 g den Schlaf sowohl bei Männern wie bei Weibern spätestens in 1 Stunde verursacht, Gaben von 0,75 bis 1 g die Empfindung der Schläfrigkeit schon nach $^1/_2$ Stunde, Gaben von 1,50 bis 3 g nach 10 bis 15 Minuten bewirken. Ausnahmsweise bei Individuen, welche vorher geistige Getränke missbrauchten, empfindet der Kranke sogar nach der Dosis von 1 g die Schläfrigkeit erst nach 2 bis 3 Stunden. Durchschnittlich dauert der Schlaf 6 bis 7 Stunden.

Die nach der Einnahme von Veronal empfundene Schläfrigkeit, sowie auch den Schlaf empfanden die Kranken als natürliches Bedürfniss, dasselbe war nie so stark, dass der Kranke vermuthen könnte, dass es durch ein Mittel herbeigeführt wurde. Nur einmal hatte eine 19jährige Kranke mit Insufficienz der Mitralklappe in einer halben Stunde nach der Einnahme der Pastille (0,50) das Gefühl, als wenn sie ein Glas Schnaps getrunken hätte. Dieses Gefühl bezeichnete sie aber nicht als ein unangenehmes.

Der Schlaf war bei Frauen nach den Gaben von 0,25 bis 0,50 und bei Männern nach den Gaben von 0,50 bis 1 g ruhig, mässig tief; man konnte jederzeit den Kranken aufwecken. Die Gaben dagegen von 1 g bei Weibern und 1,50 g und mehr bei den Männern verursachten öfters einen festen und tiefen Schlaf, den die Kranken unangenehm empfanden. Ein Kranker fiel nach der Einnahme einer Versuchsdosis von 1,50 g Veronal nachts aus dem Bette und schlief weiter auf dem Boden ohne von seinem Falle etwas zu wissen. Solche Dosen brauche man aber gewöhnlich nicht anzuwenden, und 1 g sei für den Internisten die Dosis maximalis; bei den Geisteskrankheiten, wo die Schlaflosigkeit auf dem Grunde einer starken Exzitation oder Depression beruht, seien vielleicht grössere Gaben nothwendig. (Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 3. 15. April. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

Inhalt.

Quellenangabe der Abkürzungen.

a) Gesetzestexte.

Aargau. Reg. = Reglement der kantonalen Heil- und Pflegeanstalt Königsfelden, erlassen vom Reg.-Rath am 27. August 1898.

Appenzell a. Rh. Vereinbarung zwischen dem Reg.-Rathe des Kantons Appenzell a. R. und der von der Appenzellischen Gemeinnützigen Gesellschaft gewählten Irren-Versorgungskommission. Vom Reg.-Rathe angenommen am 1. Dec. 1897. Ges. Samml. II. S. 63.

Appenzell a. R. Vertrag = Vertrag zwischen den Reg.-Räthen von Appenzell a. Rh. und Graubünden betr. Aufnahme appenzellischer Geisteskranker in die Anstalt Waldhaus. Genehmigt vom Kantonsrathe am 21. Nov. 1892.

Baden (Grossherzogthum). V. 1879 = Verordnung, die ausserhalb der Staatsanstalten befindlichen Geisteskranken betreffend, Ges. und Verord. Blatt 1879, S. 782ff.
L. V. 1895 = Landesherrliche Verordnung v. 3. Okt. 1895, das Verfahren bei der Aufnahme in öffentliche oder Privatirrenanstalten betreffend. Ges. und V. Blatt 1895, S. 367. Im Uebrigen siehe auch Wiener.

Bayern. M. E. 3, XII. 95 = Ministerialentschliessung vom 3. Dez. 1895, die Verhältnisse der Privat-Irrenanstalten betreffend. Rev. Satz. = Revidirte Satzungen der Kreisirrenanstalten 1896 und 97.
Org. Ed. = Organisches Edict über das Medicinalwesen im Kgr. Bayern vom 8. Sept. 1808.
Aus Weber, Neue Gesetze und Verordnungensammlung f. d. Kg. Bayern. Nördlingen 1884ff. Weiteres aus Kuby = Kuby die Medicinalgesetze im Kgr. Bayern 1883.

Basel-Stadt. Ges. = Gesetz über Organisation (sic.) der Irrenanstalt vom 8. Februar 1886.
G. B. = Grossrathsbeschluss betr. Versorgung von Geisteskranken in Irrenanstalten vom 12. Jan. 1891.
Bek. = Bekanntmachung betreffend die polizeiliche Mitwirkung bei der Einweisung von Geisteskranken in Irrenanstalten. v. 17. Mai 1890.

Bern. Dekret Waldau = Dekret über die Organisation der kantonalen Irrenanstalten Waldau und Münsingen beschlossen vom Grossen Rath am 9. Okt. 1894.
Dekret Bellelay. idem. betr. Pflegeanstalt Bellelay v. 4. März 1898.
V. 1865 = Verordnung des Regierungsraths v. 15. Mai 1865. betr. die Privatkrankenanstalten.

Belgien. loi = loi du 28 décembre 1873 (25 janvier 1874 sur le régime des aliénés.
règ. = Règlement général et organique pris en exécution de la loi sur le régime des aliénés.

Bremen. MO. = Medicinalordnung v. 2. Aug. 1878.

Californien. Siehe Annuaire.



Dänemark. Siehe L. A. Z.

Deutsches Reich. GO = Gewerbeordnung für das deutsche Reich mit der Novelle von 1896. s. auch Landmann, 60 Gewerbeordnung.

England. act. = Lunacy Act 1890 (53 und 54 Vict chapter 5.) (vom 29. März 1890.) s. auch Annuaire.

Finnland. s. L. A. Z.

Frankreich. France, loi = loi sur les aliénés du 30 juin 1838.
ord. = Ordonnance du 18 déc. 1893, relative aux établissements publics et privés consacrés aux aliénés.
Dasselbe Gesetz gilt auch in Elsass-Lothringen.

St. Gallen. Org. Wil. = Organisation für das kantonale Asyl in Wil, erlassen von Landamann und Regierungsrath am 28. Nov. 1890.
Org. St. Pirminsberg = dass. für St. P. v. 15. Febr. 1895.
Org. Nachtr. = Organis. v. 25. Mai 1903.
Reg. Wil = Reglement vom 10. Juni 1901.
Reg. St. P. = Reglement v. 14. August 1903.

Genf. loi = loi sur le régime des aliénés du 25 Mai 1895.

Graubünden. Statuten = Statuten für die Graubündnerische Irren- und Krankenanstalt Waldhaus bei Chur, angenommen vom Grossen Rathe am 24. Mai 1892.
Armen-Ordnung = Armen-Ord. des Kantons Graubünden von 1837, mit Zusätzen und Abänderungen bis 1. Jan. 1896.
San. Ord. = Sanitätsordnung v. 1900.

Hamburg. s. L. A. Z.

Hessen. siehe Wiener.

Holland. Wet. = Wet van den 27sten April. 1884. tot regeling van het Staatstoezicht op Krankzinnigen.
Deutsch: Gesetz zur Regelung der Staatsaufsicht über Geisteskranke.

Luzern. Reg.= Reglement für die kantonale Irrenanstalt St. Urban, genehmigt vom grossen Rathe am 7. Okt. 1878.

Massachussets. siehe Annuaire.

Mecklenburg-Schwerin. siehe L. A. Z.

Neuenburg. loi = Neuchâtel, loi sur le placement des aliénés, du 23. Mai 1879.

New-York. siehe Reuss.

Norwegen. lov = lov om Sindssyges. Behandling og Forpleining v. 17. Aug. 1880. Gesetz über die Behandlung und Verpflegung von Geisteskranken, vom 17. August 1880.

Oesterreich. s. Daimer.

Pennsylvania. s. Annuaira.

Preussen. s. Unger. s. auch Wiener. s. auch L. A. Z.
MV. 1901. = Anweisung im Königreich Preussen über Unterbringung in Privatanstalten für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.
Aus: Deutscher Reichs- und Kgl. preuss. Staatsanzeiger Nr. 82. 1901.

Russland. Gesetzbuch. X. Band.

Königreich Sachsen = Kgr. Sachs. s. Flinzer, MV. 1900 = Verordnung, die Unterbringung von Kranken in Privatirrenanst. betr. v. 9. Aug. 1900. (Aus Gesetzesblatt 1900, Seite 187.)
Ges. über die Verwaltungsrechtspflege v. 9. Juli 1900.
Ges. Bl. s. 486.

ght. Sachsen-Weimar = Weimar Ges. = Gesetz über die Irrenheil- und Pflegeanst. zu Jena; Verordg. = Ausführungsverordnung v. 29. Mai 1847.

Schaffhausen. Dekret betr. die Errichtung einer kontonalen Irrenanstalt, verordnet vom Grossen Rath am 8. Nov. 1887.
Schaffh. Ges. = Gesetz über die Organisation der Irrenanstalt vom 15 Sept. bis 21. Okt. 1890.

Schweden. Stadga = Stadga angående sinnes = Sjuke. Gesetz betr. Geisteskranke v. 2. Nov. 1883.

Serbien. s. L. A. Z.

Solothurn. Reg. = Reglemente für die Anstalt Rosegg, vom Regierungsrath 30. Dez. 1893 und 10. Dez. 1900.
Aufs. = Aufsichtskommission Grossrathsbeschluss v. 30. Mai 1876.

Spanien. siehe L. A. Z.

Tessin. Reg. Amm. = Regolamento per l'amministratione e Direzione del Manicomio cantonale in Casvegno. V. Grossen Rath genehmigt 30. Nov. 1894.
Reg. Int. = Regolamento interno del Manicomio cantonale vom Staatsrath genehmigt am 1. Febr. 1898.
Citirt nach: Leggiee regolamenti cantonali sulla publica Igiene. S. 64 ff.

Thurgau. V. 1895 = Verordnung betr. die Privat-Krankenanstalten v. 10. Mai 1895.
Ges. = Gesetz betr. die Organisation der kantonalen Krankenanstalten v. 23. März 1898.
Reg. = Reglement für die kantonale Irrenanstalt in Münsterlingen, erlassen v. Regierungsrath am 29. Juni 1899.

Ungarn. s. Psychiatrisch-neurolog. Wochenschrift.

Waadt. Vaud, loi = loi du 14 février 1900 sur le régime des personnes atteintes de maladies mentales.
Arr. = Arrêté du 27. Mai 1904, concernant le placement d'office d'aliénés chroniques tranquilles, dans des établissements privés ou chez des particuliers.
Reg. = Règlement du 2 Juin 1904. concernant (dasselbe).

Württemberg. V. 18. XI. 1899 = Verfügung des Ministeriums des Innern, betr. den Betrieb und die Überwachung von Privatirrenanstalten v. 18. Nov. 1899. Reg.-lB. 1899, S. 983 ff.
Statut. = Vf. d. Minist. d. Innern betr. d. Statut d. Staatsirrenanstalten vom 21. März 1899. Reg. Blatt 1899. S. 249 ff.

Zürich. V. 1899 = Verordnung betr. die private Verpflegung von Irren, genehmigt vom Kantonsrathe am 19. Juni 1899.

Ges. = Gesetz betr. die kantonalen Kranken- und Versorgungsanstalten v. 29. Wintermonat 1874.
Reg. = Reglement für die kantonale Irrenanstalt Burghölzli, erlassen vom Regierungsrath am 22. Nov. 1879.

b) Gesetzes- und Verordnungssammlungen.

1. Daimer: Dr. Jos. Daimer, Handbuch der österreichischen Sanitätsgesetze und -Verordnungen, 1896. Leipzig. Wien (Deutike). I. Band. S. 634 ff. Irrenanstalten.
Wir citieren im Text nur die Paragraphen der folgenden Gesetze:
Ges. 1870 = Reichssanitätsgesetz v. 30. April 1870. S. 3 ff.
MV. 1874 = Verordnung des k. k. Ministeriums des Innern etc. betr. bes. Privatirrenanstalten. s. 637 ff.
Anderes wird voll citiert.

2. Flinzer. Dr. Rudolf Flinzer: Die Medizinalgesetze und Verordnungen des Königreichs Sachsen. Leipzig. (Rossberg) 1895.

Instr. = Verordnung, eine neue Instruktion für die Bezirksärzte betr. v. 10. Juli 1884. S. 43 ff.

Regul. = Regulativ für die Unterbringung in eine Landesheil- und Pflegeanstalt für Geisteskranke. ca. S. 630.

Leipzig. = Bekanntmachung des Kultusministeriums v. 6. Juni 1882, die Eröffnung der Irrenklinik der Universität Leipzig betr. S. 656. ff.
V. 1874 = Verordnung, die Zuständigkeit in Angelegenheiten der öffentlichen Irrenfürsorge betr. v. 23. August 1874. S. 676.

Instr. § 29 = MV. v. 2. Jan. 1893, zu 29, Instr. der Bezirksärzte. S. 682.

5. Wiener. Dr. Wiener, Handbuch der Medizinalgesetzgebung des deutschen Reichs und seiner Einzelstaaten. Stuttgart. 1883 ff. 3 Bde. daraus:
Baden. 3. Bd.
Heidelberg = Allerhöchst genehmigtes Statut für die Irrenklinik zu Heidelberg v. 12. Okt. 1878. S. 474.
Hessen. 3. Bd.

Instr. = Landesherrliche Verordnung vom 14. Juli 1884, die Dienstinstr. der Kreisärzte betr. S 179.

Regul. = Regulativ der Landesirrenanstalten v. 21. Aug. 1865. S. 256 ff.

4. Unger = Heinrich Unger, die Irrengesetzgebung in Preussen nebst den Bestimmungen über das Entmündigungsverfahren, sowie die Einrichtung und Beaufsichtigung der Irrenanstalten. Berlin 1898.

Brandenburg. = Genehmigtes Reglement für die Irrenanstalten des Provinzialverbandes v. Brandenburg v. 1. Apr. 1893. S. 100 ff.

Berlin. = Reglement für die Irrenanstalten der Stadt Berlin (genehmigt 26. April 1893). S. 119 ff.

Owinsk = Reglement für die Provinzialirrenanstalt in Owinsk. v. 1. Apr. 1895.

Regul. Rheinpr. = Regulativ betr. die Aufnahme freiwilliger Pensionäre in die provinzialständischen Irrenanstalten der Rheinprovinz v. 4. Dezember 1885. S. 134 ff.

3. Reuss. Der Rechtsschutz der Geisteskranken etc. mit den inländischen Gesetzen dann den ausländischen im Originaltext wie in Übersetzungen. Leipzig Rossberg. 1888. Nach diesen Texten sind die Gesetze von Belgien. (S. 213—228).

Bremen (209—210), Frankreich (228—239).

Holland (225—276), Norwegen (309—316),

Schweden (280—285) citiert.

New-York hat 1896 über die Materie ein neues Gesetz von 111 Paragraphen erlassen und dies war uns bis fast zum Abschluss dieser Arbeit unbekannt. Da aber die Abänderung des Gesetzes keinen bedeutenden Einfluss auf seinen Geist gehabt zu haben scheint, so citieren wir dasselbe nach Reuss mit den Abänderungen des Gesetzes von 1889. Law-The New-York Insane law 1874. Ges. 1889 = Ges. v. 14. Mai 1889. (Chap. 283. 112⁰ Session).
Dasselbe ist ziemlich typisch für die amerikanische Gesetzgebung, und hat vom rechtsvergleichenden Standpunkte aus den Werth eines existierenden Gesetzes, da es einmal Ausdruck des Staatswillens war. Es ist dies aber der einzige Fall, wo unsere Darstellung (soweit sie systematisch ist) den Boden des geltenden Rechtes verlässt.

Die schweizerischen Gesetze und Verordnungen werden nach offiziellen Ausgaben citiert, die dem Verfasser von den tit. Staatskanzleien der Kantone gütigst überlassen worden sind.

c) Quellen-Texte und referierende Darstellungen aus Sammelwerken, Zeitschriften etc.

Annuaire = Annuaire de législation étrangère, publié par la société de législation comparée. Paris 1870. s. s.
Daraus: Californien: = State commission in lunacy. Ges v. 31. März 1897. Ann. 1897 page 886. par M. Démombynes.

England lunacy act. 1890. page 15 s. s. par M. Léon Lallemand.
Louisiana. Chap. 152 = Ges. v. 12. Juli 1888. S. 934.

Massachussetts. Chapt. 236 = Ges. vom 17. April 1895.
Ann. 1895 betr. die Internierung der GK. S. 845.
Chapt. 489. Ges. v. 29. Mai 1895.
Ann. 1898. Chapt. 433 = Ges. v. 13. Mai 1898. S. 844.

Pennsylvanien. Act. 208=Gesetz v. 25. Juni 1895 S. 863.

L. A. Z. = Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, herausgegeben v. Hch. Laehr.

Dänemark. Das Irrenwesen in Dänemark v. Dr. Christian Geil, Direktor der Irrenanstalt in Viborg, Band 59. S. 345 ff.

Finnland. Die Centralanstalt Fagernaes für GK.



in Finnland von Dr. Axel Hardh, Bd. 52. 1896. s. 385 ff.

Grh. Mecklenburg-Schwerin. Statut der Landesirrenanstalten Sachsenberg und Gelsheim 1897. Bd. 53. s. 655 ff.

Serbien, v. Dr. W. M. Subotic. Arzt an der Kgl. Serb. Irrenanstalt zu Belgrad. Bd. 50. S. 1113.

Spanien. Reg. = Organisches Reglement über die Einrichtung und innere Verwaltung der Irrenanstalt Santa Isabel bei Leganés.

Ges. = Irrengesetz v. 19. Mai 1885, beide enthalten in: Reales decretos etc. sobre beneficencia Madrid 1885.

L. A. Z. 1885 und 1887, (S. 231 ff.) übersetzt v. Dr. A. Schmitz-Bonn.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift. Redigirt von Oberarzt Dr. Bresler. Halle 1899 ff.

Italien. Ueber den gegenwärtigen Stand der Irrenfürsorge und Pflege in Italien, von Professor Mingazzini. 1. Bd. S. 414 ff.

Ungarn. Ges. = Allgemeines Sanitätsgesetz. (Gesetzesartikel XIV. v. Jahre 1876) v. Dr. Philipp Stein, Irrengesetzgebung in Ungarn. V. Band (1903). S. 93 ff.

Korrespondenzblatt für Schweizer Aerzte Herausgeg. v. Dr. Haffter und Prof. Dr. Jaquet 1870 ff.

Die übrigen benützteu Quellen, Ministerialerlasse-Verfügungen, Polizeistrafgesetzbücher etc. werden im Texte voll citirt.

d) Weitere Abkürzungen.

a. a. O. = am angegebenen Ort.
Art. = Artikel.
bes. = besonders.
betr. = betreffend, bezw. = beziehungsweise.
comm. = commission, oder commissioner. C.d'Et = conseil d'Etat.
def. = definitiv. Dep., dép. = département.
d. d. = durch den (das). ev. = eventuell.
Fam. pfl. = Familienpflege, fr. P. = freiwillige Pensionäre.
GK. = Geisteskranke (er, es). Ges. = Gesetz.
Int. = Internirung. Instr. = Instruktion.
K. Kgl. = Königlich.
L. A. Z. = Lähr; Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie.
L. V. = Landesherrliche Verordnung.
Med. Coll. = Medicinalkollegium. Min. = Minister.
ME., MV., MVf. = Ministerialerlass = verordnung, = verfügung.
öff. = öffentlich.
PA. = Privatirrenanstalt, PAPa = (Mehrzahl).
Pat. = Patient.
prov. = provisorisch.
Reg.-Rath = Regierungsrath, Reg.-Blatt = Regierungsblatt.
Reg. = Reglement.
S. O. = siehe oben, S. U. = siehe unten.
s. S. = siehe Seite.
V. = Verordnung.

Einleitung.

1. Der Umfang der Arbeit.

Das Recht wird gemeinhin eingetheilt in Staats- und Verwaltungsrecht, Strafrecht und Civilrecht. Auf allen diesen Gebieten hat die Veränderung der Persönlichkeit, die man Geisteskrankheit nennt, einen Einfluss auf das Verhalten des Rechts zum Rechtssubject. In den verschiedenen Zweigen des Rechts muss aber die Veränderung verschieden gross sein, bis sich der Staat mit ihr abgiebt. Auch muss dieselbe gerade innerhalb des betreffenden Rechtsgebietes wirksam geworden sein. Das heisst: wenn im Staatsrecht die Absetzung eines Königs möglich ist, sobald er wegen Geisteskrankheit nicht mehr im Stande ist, den Staat zu regieren, so muss weder gefragt werden, ob dieser Monarch im (positiv) strafrechtlichen Sinne noch „zurechnungsfähig" sei, noch auch, ob er nach den Normen des Civilrechts entmündigt werden könne. Ebenso ist es z. B. für einen Deutschen, der „seine Angelegenheiten nicht mehr zu besorgen im Stande ist", gleichgültig, ob er sich in einem Zustande befinde, „in welchem die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist"; die Entmündigung hängt davon nicht ab; und das gilt für jedes positive Recht, sofern nicht die Basis der Selbstmündigkeit und der Zurechnungsfähigkeit thatsächlich dieselbe ist.

Es handelt sich nun darum, sich zu fragen, was geschieht, wenn die Veränderung der Persönlichkeit weder zu staatsrechtlichen Bedenken, noch zu einem Delikt, noch zu schlechten Geschäften Anlass gegeben hat, aber dennoch äusserlich sichtbar geworden ist.

Wir fragen uns, was hier der Staat im Interesse des Einzelnen und der Gesammtheit thut, und wo die Grenze ist, bei welcher seine Wirksamkeit anfängt.*)

Damit ist unser Gebiet abgesteckt.

Innerhalb des Verwaltungsrechts, wo wir uns befinden, errichten wir eine Mauer gegen das Armenrecht. Wir befassen uns mit dem armen Geisteskranken nur, soweit er geisteskrank ist. Infolgedessen fällt für uns die Frage des Kostenersatzes weg.

In Bezug auf das Staatsrecht werden nur unwesentliche Kompetenzfragen gestreift.

Die civilrechtlichen Fragen der Rechtsbeständigkeit von Rechtsgeschäften Geisteskranker werden bei Seite gelassen.

Der Frage der Entmündigung wird nur erwähnungsweise näher getreten. Die staatliche Fürsorge für den Irren hat mit der Entmündigung an und für sich nichts zu tun.

*) Siehe in selben Sinne Reuss, a. g. O. S. 93.

Namentlich aber sind es oft ganz verschiedene Gesichtspunkte, von welchen aus die Internierung in eine Irrenanstalt und die Einleitung der Entmündigung betrachtet werden müssen.

Das Grenzgebiet ist die Frage, ob ein Entmündigter eigenes Recht habe, um gegen seine Internierung, und ein Internierter, um gegen seine Entmündigung zu protestieren.

Die strafrechtliche Frage der Zurechnungsfähigkeit behandelt die Arbeit naturgemäss nicht. Ebenso wenig aber die prozessrechtliche Frage nach dem Recht des Staates oder der Vertheidigung zur Unterbringung eines Angeklagten behufs Beobachtung in einer Irrenanstalt.

Die Einbringung und Entlassung geisteskranker Verbrecher wird erwähnt, aber nicht behandelt.

Damit ist auch die Stellung des Verfassers zur Frage nach dem Inhalt eines Irrengesetzes de lege ferenda gekennzeichnet.*) (Forts. folgt.)

*) Ueber Internierung, Entlassung etc. vgl. des Verfassers „Ueber die Garantien der Freiheitsrechte bei den in Anstalten befindlichen oder darin unterzubringenden Geisteskranken", Balse, Kommissionsverlag der Basler Buch- und Antiquariatshandlung. 1904.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

IV. Einführungsgesetz zum Bürgerlichen Gesetzbuch.

Art. 23.

Ueber einen Ausländer kann erst dann die Pflegschaft eingeleitet werden, wenn feststeht, dass er nach dem Rechte des Staates, dem er angehört, der Fürsorge bedarf und dass dieser Staat die Fürsorge nicht übernimmt. Ob diese Voraussetzungen vorliegen, hat das Vormundschaftsgericht von Amtswegen zu ermitteln. Die Bestellung eines vorläufigen oder einstweiligen Pflegers kennt das Gesetz nicht. (K. G. 7. XII. 1903.)

D. R. pag. 261.

Art. 77.

Wenn ein Beamter in seiner Thätigkeit im Dienste der Strafvollstreckung vorsätzlich oder fahrlässig einem Gefangenen widerrechtlich einen Schaden zufügt, so ist der Fall des Art. 77 gegeben. Der Beamte haftet nach §§ 839, 841 B. G. B., der Staat nach den Landesgesetzen. (R. G. VI. 10. XII. 1903.)

D. R. pag. 168. Entscheid. Nr. 794.

V. Civilprozessordnung.

§ 42.

Ein von dem Processbevollmächtigten der Rbl. vor dem Eintritt in die mündliche Verhandlung angebrachtes Ablehnungsgesuch konnte keine Beachtung finden, da der Processbevollmächtigte auf Befragen angab, er lehne die von ihm bezeichneten Mitglieder des Senats ab und andere Mitglieder des R. G. nicht von sich aus und auch nicht im Namen des der Rbekl. bestellten Pflegers, sondern nur auf Veranlassung der Rbekl. selbst in deren Namen ab. Die Rbekl. ist wegen Geisteskrankheit entmündigt. Ihre eigenen Erklärungen sind daher für den Process ohne jede Bedeutung. Nach der einschränkenden Bemerkung des Processbevollmächtigten aber handelt es sich nur um eine Auslassung der Rbekl. selbst und nicht auch um ein Vorbringen ihres gesetzlichen Vertreters oder des von ihm bestellten Processvertreters. Der ausserdem gestellte Antrag, die mündliche Verhandlung zu vertagen, damit der Processbevollmächtigte sich der Ablehnung wegen mit dem Pfleger in Verbindung setzen könne, war abzulehnen, weil die Vertretung der Bekl. bis zum Termin ausreichend Zeit gehabt hat, die Wahrnehmung der Parteirechte vorzubereiten. (R. G. IV. 27. VI. 1904.) J. W. pag. 474.

§ 53.

Während eines schwebenden, vom Gebrechlichkeitspfleger geführten Rechtsstreites steht der Vertretene allerdings einer nicht processfähigen Person gleich. Ausserhalb dieses Falles behält der Vertretene aber volle eigene Verfügungsfreiheit, die Bestellung des Pflegers beschränkt den Pflegling nicht in der Geschäftsfähigkeit. (K. G. Berlin. 11. V. 1903.)

D. R. pag. 21. Entscheid. Nr. 79.

§ 78.

Die wegen Geisteskrankheit entmündigte Beschwerdeführerin beantragte, nachdem ihr Vormund es abgelehnt hatte, die Klage auf Wiederaufhebung ihrer Entmündigung zu erheben, gemäss § 679, Abs. 3,



der C. P. O. ihr einen Rechtsanwalt als Vertreter beizuordnen. Der Vorsitzende des Processgerichts hat diesem Antrage stattgegeben. Durch Beschluss des L. G. ist jedoch der beigeordnete Vertreter, Rechtsanwalt J., auf sein Gesuch dieses Amtes enthoben und an seiner Stelle der Rechtsanwalt B. der Entmündigten als Vertreter beigeordnet worden. Die gegen diesen Beschluss des L. G. von der Entmündigten eingelegte Beschwerde hat das Kammergericht durch den jetzt mit der weiteren Beschwerde angefochtenen Beschluss als unzulässig verworfen. — Die weitere Beschwerde konnte keinen Erfolg haben. Daraus allerdings, dass sie nicht von einem gesetzlichen Vertreter der Entmündigten, sondern von dieser in eigener Person und ohne Einhaltung der Form des § 78 Abs. 1 der C. P. O. eingelegt worden ist, liessen sich Bedenken gegen ihre Zulässigkeit nicht herleiten. Denn, wie auch das Kammergericht nicht verkannt zu haben scheint, ergab sich daraus, dass über das Gesuch der Entmündigten, ihr einen Vertreter beizuordnen, sachlich befunden werden musste, die weitere Folge, dass es der Entmündigten auch nicht verwehrt werden konnte, mit Bezug auf die Erledigung des Gesuchs weiterhin betreibend thätig zu werden. Das Gesetz giebt dem Entmündigten unter der Voraussetzung, dass ein sachlicher Anlass zur Beiordnung des Vertreters nach richterlichem Ermessen überhaupt besteht, ein Recht auf diese Beiordnung und damit auf eine von der Stellungnahme und Mitwirkung des vorhandenen gesetzlichen Vertreters unabhängige Vertretung. Es steht dem Entmündigten daher auch zu, wegen der Art und Weise der gerichtlichen Erledigung seines Beiordnungsgesuches ohne den gesetzlichen Vertreter im Beschwerdewege vorzugehen. Dem Anwaltszwange unterliegt dabei seine Beschwerde ebenfalls nicht. Denn solange seine Geschäftsfähigkeit nicht wieder hergestellt ist, fehlt es dem Entmündigten überhaupt an der durch § 78 Abs. 1 der C. P. O vorausgesetzten Möglichkeit, in eigner Person mit Rechtswirksamkeit eine Vollmacht zu ertheilen, die Beschwerde aber geht gerade selbst erst darauf aus, auf dem einzigen dem Entmündigten zugänglichen Wege eine geeignete Vertretung zu erlangen. Auch auf die Möglichkeit der Vertretung durch den bereits beigeordneten Rechtsanwalt oder auf eine von ihm ausgehende Bestellung eines Bevollmächtigten kann der Entmündigte nicht grundsätzlich angewiesen sein, wenn, wie im gegenwärtigen Falle, die Beschwerde gerade die Beiordnung dieses Rechtsanwalts zum Gegenstande hat. (R. G. 2. V. 1904.)

J. W. pag. 362.

§ 91.

Die Kosten eines auch vor dem Process von der Partei eingeholten Gutachtens gehören zu den Processkosten. Die Heranziehung des Gutachtens gehörte in dem fraglichen Falle dem Betriebe des Rechtsstreites an, indem sie bezweckte, die Vertheidigung des Bekl. vorzubereiten, insbesondere zu verhüten, dass er begründete Anforderungen bestritt und unbegründete unbeanstandet liess, auch eine Grundlage für eine etwaige Beweisaufnahme zu gewinnen. (R. G. 15. IV. 1904.) J. W. pag. 342.

§§ 274, 241 Abs. 1, 246 Abs. 1.

Nicht begründet ist die processuale Rüge des

§ 256.

Ein durch einen Unfall dauernd an der Gesundheit geschädigter Beamter kann, selbst wenn er zur Zeit noch sein volles Gehalt bezieht, mit Rücksicht auf die ihm beim Eintritt der künftigen Folgen des Unfalls drohende Pensionirung auf Feststellung der Ersatzpflicht des Urhebers des Schadens klagen. (O. L. G. Colmar. 20. V. 1904.)

D. R. pag. 452. Entscheid. Nr. 1884.

Bekl., betreffend die in der Berufuugsinstanz vorgeschützte Einrede der Processunfähigkeit der Kl. Der Bekl. hatte diese auf die dort von ihm neu aufgestellte Behauptung gestützt, dass die Kl. geisteskrank sei; womit — wie das O. L. G. es auch verstanden hat — offenbar gesagt sein sollte, dass sie sich in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befinde (vergl. § 104 Nr. 2 des B. G. B.). Zulässig war diese Einrede noch, obgleich sie zu den processhindernden Einreden des § 274 der C. P. O. gehört, da sie eine von denjenigen ist, auf welche der Bekl. nicht verzichten kann; vergl. Gaupp-Stein, Civilprocessordnung (Auflage 4) Bd. 1, Bemerkung II zu § 56, S. 160, und Bemerkung V[1] zu § 274, S. 598. Der Bekl. hat sich nun beschwert, dass das B. G. diese Einrede als unbegründet verworfen habe, ohne den von ihm durch Benennung des Arztes Dr. B. als sachverständigen Zeugen und durch Berufung auf das Gutachten eines Sachverständigen angetretenen Beweis erhoben zu haben. Dieser Angriff konnte jedoch keinen Erfolg haben. Der Bekl. hatte diese erst in II. Instanz nachgeschobene Behauptung nur mit geringer Bestimmtheit aufgestellt. Den Worten nach hatte er sogar nur behauptet, dass die Kl. jetzt, zur Zeit dieses Vorbringens, processunfähig sei. Das hatte überhaupt nicht die Grundlage für eine Klagabweisung abgeben können; dazu wäre vielmehr

Processunfähigkeit zur Zeit der Klageerhebung erforderlich. Nachträglich eintretende Processunfähigkeit hätte höchstens nach § 241 Abs. 1 C. P. O. das Verfahren unterbrechen können; aber nach § 246 Abs. 1 daselbst hier auch das nicht einmal, da die Kl. durch Processbevollmächtigte vertreten war. Immerhin hätte dieser Punkt durch an den Bekl. zu richtende Fragen noch anders aufgeklärt werden können. Aber das O. L. G. durfte unter Berücksichtigung der ganzen Sachlage das Vorbringen des Bekl. dahin verstehen, dass er, ohne sichere Kenntniss von einem krankhaften Geisteszustande der Kl. zur Zeit der Klageerhebung zu haben, einen solchen nur aus den von ihm über das Verhalten derselben vorgetragenen Einzelheiten folgern wolle, und da es nun in einwandsfreier Weise diese Folgerung für ganz unberechtigt erklärte, durfte es von einer Erhebung des vom Bekl. angebotenen Beweises absehen, zumal nachdem es durch persönliche Vernehmung der Kl. die Ueberzeugung gewonnen hatte, dass sie wenigstens jetzt völlig geistesgesund sei. (R. G. 17. III. 1904.) J. W. pag. 262.

§§ 373, 282.

Lässt sich auch ein „Urtheilen" weder aus dem Gegenstande einer Zeugenaussage noch aus dem einer Eidesleistung völlig und unter allen Umständen ausschliessen, so muss die Beweisthatsache, über die der Zeuge vernommen werden soll, doch in der Weise aufgestellt werden, dass aus derselben ersichtlich wird, ob sie auf bestimmten Wahrnehmungen beruhe oder sich als eine Schlussfolgerung aus nicht kontrollirbaren Thatsachen darstelle. (R. G. VI. C. S. 20. I. 1902.)

Seuffert's Archiv. Bd. 2. S. 211. Entsch. Nr. 115.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— Zur Zeit giebt es unter den Ministern Europas 2 Psychiater: in Frankreich Handelsminister Dubief, vorher Direktor der Irrenanstalt in Rhone, Deputierter seit 1893, in der Kammer Vorsitzender der radikalen Gruppe der äussersten Linken; er hat übrigens im Ministerium Rouvier 2 ärztliche Kollegen, den Minister für öffentliche Arbeiten Gauthier und den Unterstaatssekretär für Finanzen Merlou. In Italien gehört dem neugebildeten Kabinett Fortis der bekannte Professor der Psychiatrie und Direktor der Irrenanstalt in Neapel Bianchi als Unterrichtsminister an.

Referate.

— Dr. Otto Weininger: Ueber die letzten Dinge. Mit einem biographischen Vorwort von Moritz Kappapodt. Wien und Leipzig. W. Braumüller 1904.

„Das Genie ist nicht eine Art von Irrsinn oder Verbrechen, sondern deren vollkommene Ueberwindung, deren grösster Gegensatz." — Der Herausgeber meint, W. habe starke Anlage zum Verbrecher, zugleich aber auch hohes sittliches Streben gehabt; so habe er einen schweren Kampf bestehen müssen; und als er fühlte, dass er der Gefahr unterliegen könne, tötete er sich.

Wir werden den Fall etwas anders auffassen, nicht zum Verbrechen sondern zum Irrsinn war W. „veranlagt", und die „vollkommene Ueberwindung" ist ihm nicht gelungen.

Der Verf. des vorliegenden Buches ist zweifellos ein Geisteskranker gewesen. Freilich einer von ungewöhnlicher Intelligenz: Wir finden in dem Buch zum Theil recht gute Gedanken und klare Herausarbeitung philosophischer Probleme. Aber auch nur zum Theil. Daneben stossen wir auf einem solchen Wust von bizarren Absurditäten, dass wir uns an den guten Gedanken nicht recht freuen können.

Zu einer psychiatrischen Diagnose reicht der Inhalt des Buches nicht aus. Der Umstand, dass W. durch Selbstmord endete, wird uns darin bestärken, ihn als Geisteskranken aufzufassen, kann uns aber zu exacter Diagnose auch nicht verhelfen.

Deiters.

— Senator und Kaminer: Krankheit und Ehe. Darstellung der Beziehungen zwischen Gesundheitsstörungen und Ehegemeinschaft. München, J. F. Lehmann, 1904. Geheftet 18 M., gebunden 20 M.

Es ist ein in socialer Hinsicht fundamentalwichtiges Problem, dass das gross angelegte Sammelwerk Senators und seiner angesehenen Mitarbeiter behandelt.

Den Psychiater interessiren zunächst die einleitenden Worte von Senator, dann die Kapitel über hygienische Bedeutung der Ehe von Gruber, über angeborene und ererbte Krankheiten und Krankheitsanlagen von Orth, Blutsverwandtschaft in der Ehe und deren Folgen von Kraus. Havelburg behandelt Klima, Rasse und Nationalität, Fürbringer die sexuelle Hygiene und Kossmann Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett und Lactation.

Die uns ferner liegenden Kapitel, die die Beziehungen der Ehe zu den Krankheiten des Stoffwechsels, des Bluts, der Gefässe, der Athemorgane, des Verdauungsapparats, der Nieren, des Bewegungsapparats, des Auges, der Haut nebst Syphilis, zu Tripper und zu den Krankheiten der tieferen Harn-

wege behandelt, sind von Senator, Rosin, Leyden-Wolff, Kaminer, Ewald, Richter, Hoffa, Abelsdorff, Ledermann, Neisser und Posner behandelt. Ausführlich bespricht Blumreich Frauenkrankheiten und Empfängnissunfähigkeit.

Das Kapitel „Nervenkrankheiten und Ehe“ behandelte Eulenburg. Nach seiner kulturell weit ausholenden Einleitung wird die Bedeutung der Nervosität, Neurasthenie und Hysterie dargelegt; betreffs der Ehen Hysterischer verhält sich E. nicht ganz ablehnend, auch huldigt er keinem therapeutischen Nihilismus. Weiterhin bespricht er Epilepsie, Chorea gravidarum, Textanie, Basedow, Polyneuritis, Rückenmarks- und Hirnleiden.

Besonders beachtenswerth ist das von Mendel bearbeitete psychiatrische Kapitel. Vereinzelt dastehende Fälle von Geisteskrankheit in der Familie seien kein Ehehinderniss, nicht einmal, wenn eines der Eltern ohne anderweitige Belastung viele Jahre nach der Geburt des Ehekandidaten paralytisch wird. Endogene Psychosen vor der Ehe machen ein Individuum eheuntauglich. Nach einer Erörterung der sponsalen und nuptialen Psychosen bespricht M. den künstlichen Abort, der nur bei schweren Psychosen, nicht bei hypochondrischen und hysterischen Störungen discutabel ist. Die puerperalen Psychosen werden nach dem klinischen Schema M.'s dargestellt. Besonders sind das inducirte Irresein und die conjugalen Paralysen hervorgehoben. Ausser § 1333 und 1334 findet 1569 B. G. B. eingehende Beleuchtung; Aufhebung geistiger Gemeinschaft ist auch bei Geistesschwachen zuzugeben. Eine etwas kurze Litteraturübersicht schliesst das wichtige Kapitel.

Moll hat eine sehr ausführliche Studie der perversen Sexualempfindung und psychischen Impotenz gewidmet. Dringend zu empfehlen ist die Beherzigung dessen, was A. und F. Luppmann über Alkoholismus nebst Morphinismus sagen; es ist vielleicht das wichtigste Thema des ganzen Werkes. Sie empfehlen mit Recht Einführung einer Ehescheidung wegen Trunksucht. Dieselben Autoren besprechen noch die gewerblichen Schädlichkeiten.

Von grosser Bedeutung sind die Ausführungen Placzek's über das ärztliche Berufsgeheimniss. Es wäre zu wünschen, dass auch die Juristen davon Kenntniss nehmen würden, die durch rigorose Handhabung des § 300 den humanen Beruf des Arztes sehr erschweren. Ziemlich vereinzelt steht eine Entscheidung wie die des Landgerichts zu Mainz (das übrigens nicht badisch, sondern hessisch ist) S. 801. Zum Schluss bespricht Eberstadt die socialpolitische Bedeutung der sanitären Verhältnisse in der Ehe. Als Anhang wäre noch ein Abschnitt über „Verbrechen und Ehe“ zu wünschen gewesen. Doch stellt auch trotz dieses kleinen Desiderats das Gesamtwerk eine Fundgrube werthvoller Thatsachen und Anregungen dar. Möge es auch über die ärztlichen Kreise hinaus allseitig die gebührende Achtung finden.

Weygandt.

Neuere Ergebnisse über Veronal.

(Fortsetzung.)

Verf. habe mehrere Male Veronal in Gaben von 1,50 bis 3 g gereicht und zwar allemal in Fällen von Lungenschwindsucht. Der Schlaf war immer schwer und dauerte 9—10 Stunden; manchmal waren die Kranken schwer aufzuwecken, und einmal nach Einnahme von 3 g dauerte die Schläfrigkeit und das Gefühl einer Ermüdung drei Tage lang, wobei Verf. aber keine objektiven Veränderungen bemerkt hat.

Auf 284 Gaben erwachten die Kranken 151 mal mit dem angenehmen Gefühl, dass sie ausgeschlafen und sich ausgeruht gefühlt haben; in 75 Fällen nach dem Erwachen verschiedene subjektive Beschwerden, wie: schwerer Kopf, Schwindel und Kopfweh, Ohrensausen, bleiernes Gefühl in den Gliedern, Unsicherheit im Gehen, das Gefühl wie nach dem Betrinken. Alle diese Beschwerden erschienen unmittelbar nach dem Erwachen, waren vorübergehend und kurzdauernd und betrafen hauptsächlich die Weiber, wenn Verf. bei ihnen eine grössere Gabe angewendet hatte (1 g). Die Männer klagten erst nach den Gaben von 1,50 g über unangenehme Beschwerden nach dem Erwachen. Im allgemeinen hat Verf. die oben erwähnten Beschwerden viel öfters bemerkt wie die anderen Autoren, welche nur hie und da einzelne Fälle erwähnen.

In 19 Fällen (beinahe 10 Proz.) constatirte Verf. eine Schläfrigkeit, welche mehrere Stunden nach dem Erwachen aus dem Nachtschlafe dauerte. Einigemal wirkten die Anfangsgaben entweder garnicht oder nicht hinreichend, und erst nach der dritten oder vierten Dosis folgte diese gewöhnlich erst nach grösseren Gaben vorkommende Wirkung, der gewöhnlich verschiedene subjektive Beschwerden beiwohnten. Nach ein- oder zweitägiger Unterbrechung verschwanden die letzteren und die betreffenden Kranken nahmen weiter Veronal ohne irgend welche Beschwerden ein.

Diese kumulative Wirkung würde die auch von anderen bemerkte Thatsache bestätigen, dass wenn man Veronal in kurzen Zeitunterbrechungen giebt, später schon kleinere Gaben denselben Erfolg herbeiführen.

Nachlassen der Wirkung des Veronals nach längerem Einnehmen oder Angewöhnung an Veronal wurde nie bemerkt.

Bei Schlaflosigkeit, deren Ursache nicht in den physischen Beschwerden liegt, wie der Schmerz, das Husten, das Reissen, die Dyspnoe u. dgl., lässt Veronal einen sicheren und angenehmen Erfolg erhoffen; bei erwähnten Beschwerden aber, welche den Schlaf der Kranken verhindern, wird Veronal, sogar in grösseren Gaben, bloss die Schläfrigkeit und nicht den Schlaf herbeiführen. Bei diesen Personen hat Verf. Veronal mit Codeinum phosphoricum zu 0,02 oder mit Dionin zu 0,02 zu vereinigen versucht, und immer mit sehr gutem Erfolge.

Während der ganzen Zeit, wo Verf. Veronal reichte, hat er nie irgend welche Aenderungen der Körpertemperatur bemerkt. Hautexantheme hat er nie nach der Einnahme von Veronal beobachtet; dagegen 16 mal, also beinahe in 8 Proz. der Fälle ein reichliches Schwitzen.

Appetit und Stuhlgang veränderten sich beim Gebrauch von Veronal nicht, auch ein schädlicher Einfluss auf die Athmungsorgane wurde nicht bemerkt. In leichteren Fällen von Lungentuberkulose oder von Bronchitis, wenn der Husten nicht zu sehr ermüdend war, wurde er seltener und leichter.

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 4. 22. April. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

2. Die Methode.

Im Jahre 1888 hat der Kgl. Bayrische Bezirks-amts-Assessor Herr Hermann Reuss ein ausgezeichnetes Buch herausgegeben:

„Der Rechtsschutz der Geisteskranken, auf Grundlage der Irrengesetzgebung in Europa und Nordamerika". (Leipzig, Rossberg.) Darin behandelt er die Irrengesetzgebung einer Anzahl von Staaten, indem er ein Gesetz nach dem andern bespricht. Diese Methode (die geographische) ist sehr werthvoll für denjenigen, der das Recht eines einzelnen Staates kennen lernen will.

Sie ist auch von höchster Brauchbarkeit für den vergleichenden Rechtswissenschaftler („Comparatiste") und wir haben dem Buche (nicht nur als zuverlässiger Quelle für Gesetzestexte) sehr viel zu verdanken. Aber es leistet nicht die eigentliche Arbeit der Rechtsvergleichung. Dieselbe wäre auch nicht gethan, wenn die Gesetzesparagraphen einfach nach dem korrespondierenden Inhalt zusammengestellt würden.

Gesetzvergleichung heisst, Betrachtung unter einem einheitlichen Gesichtspunkte.

Wenn Prof. Dr. Meili in einem lesenswerten Aufsatze*) sagt: „Statt in den Wolken oder in der sogenannten Natur der Dinge zu forschen und die himmlischen Grazien der Jurisprudenz aufzusuchen, ist es wohl zutreffender, die positiven Erfahrungen zu sammeln und Umschau zu halten über die Satzungen anderer Völker", so ist das wohl richtig. Das Substrat der Jurisprudenz sind die positiven Gesetze, aber damit ist nicht alles gesagt. Um selber Gesetze zu geben, muss man ein bestimmtes Ziel haben, einen bestimmten socialen Erfolg herbeiführen wollen.

Der Direktionspunkt aller Gesetzgebung muss eine empirisch mögliche Annäherung an das „Sociale Ideal"*) sein.

So kommt man zuletzt doch wieder zu einer Untersuchung über die „Natur der Dinge".

Die Methode, mit der zu arbeiten wäre, und die wir, wie uns wohlbekannt ist, nur bei wenigen Punkten rein durchgeführt haben, ist die folgende:

Es ist zunächst bei jedem Punkte zu fragen:

Welche Lösungen dieser gesetzgeberischen Aufgabe wären möglich?

Hernach: welche Lösungen sind aktuell geworden, d. h. in den Gesetzen der verschiedensten Staaten vorhanden?

Endlich: welches ist, um den gewünschten socialen Erfolg herbeizuführen, die denkbar beste Lösung?

Der gewünschte sociale Erfolg ist aber: die beste Fürsorge für alle Geisteskranken. Hier zeigt sich, dass praktisch (de lege ferenda) noch die Frage offen bleibt: welches ist die erreichbare beste Lösung, wenn man die beschränkten Mittel des Staates, die Einsichtslosigkeit vieler Volksvertreter, die Angst vor weitgehenden kühnen Neuerungen, kurz, das ganze Wesen der empirischen (bezw. eines bestimmten) Staates in Rechnung bringt. Darauf kann der Jurist nur eintreten, insofern er zugleich Politiker ist. Die Frage fällt ausser den Rahmen dieser Arbeit.**)

*) Die vergleichende Rechtswissenschaft, „Zukunft" von Maximilian Harden Bd. 7. (1894.) S. 499 ff.

*) Vgl. Stammler, „Wirthschaft und Recht". V. Buch. (1896.)

**) Verfasser hat versucht, diese Fragen für die Schweiz zu beantworten; siehe „Für ein eidgenössisches Irrengesetz", Basel, Basler Buch- und Antiquariatshandlung. 1905.

A. Die gesetzliche Irrenfürsorge im Allgemeinen.

a) Gesetz und Verordnung.

I. Die folgende Darstellung befasst sich mit dem Irrenwesen, soweit es durch staatliche Willenserklärungen geregelt ist; seien nun dieselben in die Form eines Gesetzes, einer Verordnung (décret, arrêté, Reglement) oder eines von der Regierung genehmigten Statuts gekleidet.

Damit weicht die Abhandlung von anderen Bearbeitungen des Themas ab. Zwar hat Erlenmeyer[1]) in seiner verdienstvollen Schrift das preussische Irrenwesen behandelt, das fast ganz auf königlichen, ministeriellen, regierungspräsidentiellen und genehmigten Polizei-Verordnungen beruht. Ebenso bezieht Reuss[2]) neben den Gesetzen auch die ebenso wichtigen Vollziehungs- und Ausführungs-Verordnungen in seine Darstellung ein (z. B. die franz. ordonnance vom 18. Dez. 1839[3*]), das Belg. Règlement v. 1. Juni 1874[3**]), das Genfer Reglement v. 7. April 1838[3***]), sonst aber lehnt er es ab, die Verordnungsregelung zu betrachten. Er motivirt dies damit, dass die Verordnungen ebenso einseitig, wie sie erlassen worden seien, wieder aufgehoben werden könnten.[4]) Wohl aus demselben Grunde behandelt auch Laehr[5]) zwar das deutsche Irrenverordnungsrecht, da es ihn besonders interessirt, aber nicht z. B. das schweizerische.

Gesetz und Verordnung unterscheiden sich, wie uns Jellinek[6]) wohl endgültig gelehrt hat, und was auch in Reuss' Worten vollkommen enthalten ist, nur dadurch, dass das erstere nicht anders, als wiederum durch Gesetz aufgehoben werden kann[7]), und ferner dadurch, dass der Richter zwar in den meisten Staaten nicht das Gesetz, wohl aber die Verordnung auf ihre formelle und materielle Legalität prüfen kann und muss.[8])

Ist aber eine Verordnung von dem kompetenten Organ ausgegangen, und hat sie die ihr durch die Gesetze gegebenen Schranken nicht überschritten, so enthält sie den staatlichen Willen in eben der Stärke, wie das Gesetz. So lange die Verordnung in Kraft ist, was ja freilich, wie die preussische Praxis es zeigt, gerade auf dem uns betreffenden Gebiet oft nur kurze Zeit dauert, gilt sie wie ein Gesetz. Fehlt ihr die Sanktion, ist ihre Nichtausführung nicht mit einem Rechtsnachtheil verknüpft, so ist sie unverbindlich; was sie aber mit dem unverbindlichen Gesetze (z. B. betr. die Ministerverantwortlichkeit in Preussen) gemein hat.

Ihre Garantieen sind alsdann nicht mehr rechtlicher, sondern politischer oder ethischer Natur.

Uns scheint sich daraus Folgendes zu ergeben:

Die Nebeneinandersetzung giltiger Verordnungen und Gesetze in einem wissenschaftlichen Systeme ist gerechtfertigt. Ob die Regelung wichtiger Verwaltungsgebiete durch Verordnungen sich empfiehlt, ist eine andere Frage, welche de lege ferenda zu entscheiden wäre.

II. 1. Die Gründe, die für die Regelung durch Verordnung vorgebracht worden sind, sind folgende:

Wie zur Zeit, da Reuss sein Buch schrieb (bis 1888), sind auch heute noch hervorragende Psychiater gegen ein Irrengesetz. Reuss erwähnt als Ablehnungsgründe Variationen des „Missbehagens über die Staatsaufsicht im Allgemeinen und ganz besonders über die Visitationen durch Nichtirrenheilkundige.“[9])

Dieser Grund ist entschieden verschwunden. An seine Stelle ist sogar ein ausdrücklicher Wunsch nach Staatsaufsicht und das Verlangen nach Laienpatronaten für die Anstalten getreten, verbunden allerdings mit der Ansicht, dass die Beaufsichtigung durch Laiencommissionen nie und nimmer genügen könne.

Die heutigen Ablehnungsgründe basiren auf der Furcht, der Gesetzgeber möchte allzusehr der herrschenden Strömung gegen die Irrenanstalten anheimfallen und statt nützlicher Bestimmungen schädliche oder wenigstens ungenügende in ein Gesetz bringen. Hoche hat es einmal so ausgedrückt[10]): — „noch heute kennt ein Theil unserer Gesetzgeber in den Parlamenten bei der Irrenfrage nur den Gesichtspunkt der Gemeingefährlichkeit und der Störung der öffentlichen Ordnung, ohne begreifen zu können, dass es sich um Kranke handelt und um Krankheiten, die einer Heilung zugänglich sind.“

So erklärt auch Geh. Rath Dr. Weber auf der 63. Sitzung der Forensisch-Psychiatr. Vereinigung zu Dresden v. 21. März 1901[11]), dass aus den Verhand-

1) Unser Irrenwesen.
2) Der Rechtsschutz etc.
3*) a. a. O. S. 40.
3**) S. 18.
3***) S. 70.
4) a. a. O. S. 14.
5) Handwörterbuch f. d. ges. Staatswissenschaften Art. Irrenwesen.
6) Jellinek, Gesetz und Verordnung. Freiburg i. B. 1887. Mohr.
7) a. a. O. S. 249.
8) a. a. O. S. 406.

9) Reuss a. a. O. S. 96.
10) L. A. Z. 1901. (58) S. 195.
11) L. A. Z 1901. (59) S. 535 ff. Ueber die Frage eines Reichsirrengesetzes.

lungen des Reichstages klar hervorgehe, dass es diesem nicht daran liege, Garantieen dafür zu schaffen, „dass den Geisteskranken überall ausgiebige Hilfe gebracht werde und Einrichtungen zu deren sachgemässer Behandlung und Pflege getroffen würden," — „es sei lediglich die Rede vom Einsperren, „Unschädlichmachen", „Beiseitebringen" u. s. w."

Der Ref. spricht sich für den Moment gegen ein Irrengesetz aus, da es von rückschrittlichem Geiste erfüllt sein möchte.

Auch Heinrich Laehr, der sich viel und intensiv mit Irrenrecht befasst hat, ist nicht für ein Gesetz begeistert, ebensowenig Kräpelin. Der erstere,[12]) weil er den Juristen, von denen Gesetze „naturgemäss" gemacht werden, noch nicht die nöthige Vorbildung zutraut. „Noch beherrscht sie das Gespenst der Freiheitsberaubung."

Kräpelin[13]) behauptet einerseits, dass über viele Punkte die Ansichten und Erfahrungen heute noch nicht so weit geklärt seien, dass es sich empfehlen würde, ihnen schon die Form von Gesetzen zu geben.[14])

Auch leugnet er anderseits überhaupt ein dringendes sachliches Bedürfniss nach einem Gesetze, obwohl er grössere Einheitlichkeit innerhalb Deutschlands für wünschenswerth hält und selbst mancherlei Postulate bringt.[15])

2. Alle diese Argumente sind nicht sachlicher, auch nicht juristischer, sondern politischer Natur. Betrachtet man die Stellung der Psychiatrie in der Werthschätzung des Publikums, so wird man nicht leugnen können, dass der Zeitpunkt zur Gesetzgebung nicht gerade ein günstiger ist. Die Thatsache, dass sich ein nicht unerheblicher Theil des Volkes in die Behandlung von Kurpfuschern, statt von Aerzten begiebt, die vollständige Unkenntniss über die elementarsten psychiatrischen Dinge, die in den Verhandlungen der deutschen Landtage und des Deutschen Reichstages zwischen 1891 und 1897 (aber auch im französischen Parlament) bei den discutirenden Abgeordneten zu Tage trat, die Erscheinung, dass schlecht geschriebene, gänzlich fundamentlose, tendenziöse Pamphlete über Irrenanstalten und Irrenwesen in mehreren Auflagen gedruckt und gekauft werden, lassen nicht viel Hoffnung, dass ein fortschrittliches Gesetz über die Materie kampflos durchgebracht würde.

Ebensowenig ist es ermutigend, dass das französische Gesetz, (in einzelnen Punkten angreifbar, aber gerade nicht in denjenigen, die von den Laien angegriffen wurden,) in eher rückschrittlicher Weise umgeändert werden soll.

Dennoch handelt es sich nur darum, sich zu fragen, ist die Erreichung der neuen Ziele praktisch möglich, oder muss ihre Erstrebung verschoben werden. Die Frage nach der Zweckmässigkeit eines Gesetzes statt der Verordnungen wird dadurch nicht berührt.

III. Wir stellen diese Frage zunächst vom formellen d. h. vom allgemein juristischen Gesichtspunkte aus. Hier präsentirt sich als der eine Hauptpunkt die Beschränkung der persönlichen Freiheit, welche in der Verbringuug eines Kranken in die Irrenanstalt gegen seinen Willen liegt.

Beispiel: Sämmtliche kantonalen Verfassungen der Schweiz (mit Ausnahme derjenigen von Basel-Stadt) garantiren die persönliche Freiheit[16]). Obwohl aus dem Zusammenhange hervorgeht, dass in erster Linie damit eine willkürliche Gefangensetzung (Verhaftung im strafrechtlichen Sinne) verunmöglicht werden sollte, so ist doch unter dem Worte Verhaftung, wie auch Schollenberger feststellt[17]), überhaupt jede Festnahme einer Person zu verstehen, dann allerdings die Festnahme zu dem Zwecke, sie in Gewahrsam zu behalten.

Eine Festnahme zum Zwecke der Internirung in einer Irrenanstalt kann also wohl unter jedem Gesichtspunkt als Verhaftung bezeichnet werden. Diese ist legal, wenn sie sich auf einen Gesetzestext stützen kann, bezw. auf eine Verordnung, deren Basis ein Gesetz ist.

Das ist der Fall für eine gewisse Art von GK., (und für eine Anzahl von Kantonen). Es sind entweder Geisteskranke:

a) von welchen „eine unmittelbare Gefahr für die

---

[12]) Heinrich Laehr, zur Reform des Irrenwesens in Preussen. Deutsche med. Wochenschrift 1893, Nr. 34. ff. bes. S. 930.

[13]) Kräpelin, die psychiatrischen Aufgaben des Staates. Jena (Fischer) 1901. S. 20 ff.

[14]) Dieses berührt etwas seltsam, wenn man bedenkt, dass Sachsen-Weimar schon 1821 ein Gesetz hatte, und dass sich Wissenschaft und Gesetze doch immer fortbilden sollen.

[15]) Siehe auch Pelman, Realencyclopaedie der gesamten Heilkunde, Art. Irrengesetzgebung S. 11.

[16]) Zürich 6 ff, Bern 73 ff., Luz. 5 u. 6, Uri 29c u. 30, Schwyz 5, Obw. 9, Nidw. 5, Glarus 5, Zug 8 u. 9, Freiburg 3 ff., Soloth. 13 u. 14, Basel-Ld. 6 u. 7, Schaffh. 8 u. 20, App. Arh. 6. App. JRH. 2. St. Gallen 30, Graub. 9, Aargau 19 u. 20, Thurgau 9 u. 11, Tessin 10, Waadt 5 u. 5, Valais 4, Neuchâtel 7, Genève 3 u. 4 und Verfassungsges. v. 23. IV. 1849, citirt nach Schollenberger, Grundriss, I. S. 36.

[17]) Schollenberger, Grundriss des schweizerischen Staats- und Verwaltungsrechts. III. S. 60.



öffentliche Sicherheit zu befürchten ist.[18][19]) Die Gefahr braucht also nicht actuell zu sein oder:

b) zu deren eigenem Schutze eine Verwahrung dringend nöthig scheint.[20])

c) Irre überhaupt, sofern sie frei umhergehen.[21]) In den übrigen Kantonen ist eine Verhaftung von selbst- oder gemeingefährlichen GK. ungesetzlich, sofern die Gefährlichkeit nicht in äusseren Handlungen zu Tage getreten ist. Demnach kann nur ein Gesetz bestimmen, dass ein GK. zwangweise, d. h. auf Wunsch seiner Familie, aber gegen seinen eigenen Willen, in eine Irrenanstalt gebracht werde, nur, weil er der Heilung bedürftig und fähig ist. So ergiebt sich schliesslich, dass überall, wo die Einbringung in eine Irrenanstalt auf Grund eines privatärztlichen Attestes und unter Mitwirkung der Familie nur durch eine Verordnung vorgesehen ist, die Execution der rechtlichen Basis entbehrt. D. h. in Zürich, Luzern, Freiburg, Solothurn, Baselland, Schaffhausen, App.-Arh. [Granb.], St. Gallen, Graubünden, Aargau, Thurgau, Tessin.

Es wären nun die materiellen Gründe zu erörtern, die für und gegen die Verordnung sprechen.

1. Für die Verordnung spricht nach Aussagen von Psychiatern ihre Biegsamkeit.

Sobald es sich herausgestellt hat, dass eine Bestimmung zu nachtheiligen Resultaten führt, kann sie abgeändert werden. Eine Gesetzesverbesserung dagegen ist schwer durchzuführen. (Fortsetzung folgt.)

[18]) Dienstreglement für das Landjägercorps v. App.-Arh. v. 15. April 1879. § 12. g. s. Organis.-Verord. v. 4. Nov. 1887. Ges. Saml. 2. 568 ff.

[19]) Verord. betr. Befugnisse der Polizeimannschaft v. Basel-Stadt, 95. Bd. 22. Seite 423 § 2. Nr. 10.

[20]) Basel-Stadt. § 2. Nr. 11.

[21]) Uri, Polizeiverordg. v. 28. Dez. 1889. Landb. 1. 65. § 22.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

§ 380.

Das B. G. erklärte durch Beschluss vom 4. November 1903 den behaupteten Entschuldigungsgrund für nicht genügend glaubhaft gemacht und forderte den Zeugen auf, zur Vermeidung seiner Bestrafung wegen unentschuldigten Ausbleibens innerhalb einer Woche das Attest eines B.er Physikus über seinen Gesundheitszustand einzureichen, aus welchem zu ersehen sei, in welchem Maasse eine Verhinderung am Erscheinen im Termine bestanden habe. Der Zeuge richtete darauf an das O. L. G. die briefliche Anfrage, auf wessen Kosten das Physikatsgutachten eingeholt werden solle, da er die betreffenden Kosten aus seinen Mitteln nicht erlegen könne, und ihm wurde von Seiten des Vorsitzenden geantwortet, dass diese Kosten von ihm, dem Zeugen, zu tragen seien. Der Zeuge schrieb zurück, dass es ihm unmöglich sei, diese Kosten aufzuwenden, ohne seiner Familie dadurch erhebliche Entbehrungen zu verursachen. Darauf ist der jetzt angefochtene Beschluss des O. L. G. ergangen, durch welchen der Zeuge wegen Nichterscheinens im Termin zu einer Geldstrafe von 100 M., eventuell einer Haftstrafe von 14 Tagen, sowie in die durch sein Ausbleiben verursachten Kosten verurtheilt worden ist. Die hiergegen erhobene Beschwerde erscheint begründet. Zwar ist das R. G. nicht der Meinung, dass das O. L. G. sich durch das beigebrachte Attest von der Entschuldbarkeit des Ausbleibens des Zeugen hätte überzeugen lassen müssen; aber wenn das O. L. G. diese Ueberzeugung nicht zu gewinnen vermochte, so war es darum noch nicht berechtigt, von dem Zeugen die Vorlegung eines auf dessen eigene Kosten zu erlangenden Physikatsattestes zu fordern. Freilich ist auch gegen den Versuch, auf diesem Wege eine Aufklärung zu gunsten des Zeugen herbeizuführen, nichts zu erinnern; aber wenn der Zeuge ein Attest, wie das verlangte, innerhalb der ihm gesetzten Frist nicht einlieferte, so blieb schliesslich dem O. L. G. nichts weiter übrig, als von Amts wegen die Wahrheit zu ermitteln. Es konnte insbesondere das A. G. zu B. ersuchen, die dafür erheblichen Feststellungen durch einen Physikus bewirken zu lassen, und wenn der Zeuge etwa seine Mitwirkung dabei verweigert hätte, so wäre es dann ein naheliegender Schluss gewesen, dass seine Entschuldigung der Begründung entbehre. Dass, wenn auf irgend einem Wege schliesslich dieses Ergebniss sich herausgestellt hätte, die amtlich aufgewendeten Kosten zu den von dem Zeugen nach § 380 Abs. 1 der C. P. O. zu er-



setzenden Kosten gehört haben würden, versteht sich von selbst. Das Gesetz weiss aber nichts davon (vergl. § 381 Abs. 1 a. a. O.), dass der Zeuge verpflichtet wäre, seinerseits Kosten auszulegen, um seine Entschuldigung glaubhaft zu machen; wobei seine Vermögenslage übrigens ganz gleichgültig ist. Cfr. auch Entsch. d. R. G. in Civilsachen. Bd. 54, S. 430 ff. (R. G. 30. XI. 1903.) J. W. pag. 68.

§ 383, 385.

Lehnt eine Partei die Entbindung des von der anderen Partei benannten Zeugen (Arztes) von der Verpflichtung zur Verschwiegenheit ab, so ist das Gericht berechtigt, mit dieser Stellungnahme der ersteren Partei zu rechnen und angesichts der Bestimmungen in § 383 Abs. 3 C. P. O. von der Anordnung der Vernehmung, als von vornherein nach Lage der Sache völlig ergebnisslos, abzusehen. (R. G. IV. 11. VII. 1904.)

D. R. pag. 452. Entsch. Nr. 1893.

§ 383 Nr. 5.

Anvertraute Thatsachen sind nicht nur solche, von denen man durch directe Mittheilung der Betheiligten Kenntniss erhielt, sondern auch solche, welche jemand durch eigene Beobachtung vermöge seiner Sachkunde wahrnimmt, deren Wahrnehmung durch die Vertrauensstellung, die Jemand einnimmt, bedingt und veranlasst sind. (O. L. G. Naumburg. I. XI. 1902.) D. R. pag. 532. Entsch. Nr. 2305.

§ 383, 55.

Unter „anvertrauten" Thatsachen im Sinne dieser Vorschrift sind nicht bloss solche Thatsachen zu verstehen, die dem Zeugen von den Betheiligten direct mitgetheilt sind; es genügt, dass der Zeuge in der seine Verpflichtung zur Verschwiegenheit bedingenden Eigenschaft (Amt, Stand, Gewerbe) und Thätigkeit davon Kenntniss erhält (vergl. Entsch. des R. G. Bd. 53, S. 169). . . . Hat eine der im § genannten Personen die Verpflichtung zur Verschwiegenheit, so hat er auch nach Möglichkeit dafür Sorge zu tragen, dass diejenigen Personen, deren er sich bei der Ausübung seines Amtes als Gehülfen bedient und bedienen darf, die gleiche Verschwiegenheit beobachten, und wird denselben eine entsprechende Verpflichtung auferlegen, die dann unmittelbar aus dem zwischen ihnen bestehenden Dienstverhältnisse, also aus ihrem Beruf und Gewerbe entspringt. (R. G. V. C. S. 9. V. 1903.)

Seuffert's Archiv. IV. S. 37. Entsch. Nr. 20.

§§ 404, 286.

Der Sachverständigenbeweis gilt als misslungen wenn die beweispflichtige Partei den Sachverständigen an der Untersuchung verhindert. Die thatsächliche Vereitelung der Beweisaufnahme steht rechtlich dem Rücktritt vom Beweisantrage gleich. Anders, wenn die beweispflichtige Partei die Beweisaufnahme nur verschleppt, aber nicht verhindert hat. . . .

. . . Der Sachverständige hat, wenn ihm der Kläger Schwierigkeiten in den Weg legt, kein Recht, sich ohne Weiteres der Erfüllung seiner Aufgabe zu entziehen. Er konnte das Gesetz gegen seinen Beleidiger anrufen und fürchtete er eine Wiederholung der unliebsamen Auftritte, gleichzeitig fordern, dass er bei der Vornahme seiner Untersuchung wirksam geschützt werde. Dem Gericht fehlt es nicht an Mitteln, ihm solchen Schutz zu gewähren. . . .

Nirgends findet sich aber der Rechtssatz ausgesprochen oder vorausgesetzt, dass eine Partei, die sich gegen das Gericht oder dessen Gehülfen verfehlt, hierfür mit dem Verluste ihres Rechts bestraft werden soll. (R. G. I. C. S. 28. IV. 1900.)

Seuffert's Archiv 2. S. 35. Entsch. Nr. 21.

§ 406.

Der Umstand allein, dass jemand vor dem Processbeginn für eine Partei ein honorirtes Privatgutachten abgegeben hat, ist nicht unter allen Umständen geeignet, Misstrauen in die Unparteilichkeit zu rechtfertigen. (O. L. G. Karlsruhe. 9. VI. 1903.)

D. R. pag. 195. Entsch. Nr. 952.

§ 406.

Die Anbringung des Ablehnungsgesuchs ist bei mündlicher Begutachtung noch rechtzeitig, wenn sie nach der Vernehmung zur Person, aber vor der Befragung zur Sache erfolgt. (O. L. G. Breslau. II. 16. XI. 1903.) D. R. pag. 80. Entsch. Nr. 368.

§ 406.

Die Ablehnung von Sachverständigen kann erst erfolgen, wenn diese ernannt sind. Solange die Ernennung der Sachverständigen nicht erfolgt war, konnten nicht die Sachverständigen im Sinne des § 406 C. P. O. abgelehnt und über ein Ablehnungsgesuch mit den dort bestimmten Wirkungen entschieden werden. (R. G. V. C. S. 19. XI. 1903.)

Seuffert's Archiv. IV. pag. 81. Entsch. Nr. 45.

§ 406.

Die blosse Besprechung der Processsache und der Beweisfrage bei Gelegenheit des Zusammentreffens des Sachverständigen mit dem Kläger im Gerichtsgebäude vor der Vernehmung und die dabei in Bezug auf die Gegenpartei gethane Aeusserung des Sachverständigen: „der muss ja reinfallen", mag bei dieser Partei das subjective Empfinden von

Misstrauen gegen den Sachverständigen erwecken. Dies Gefühl ersetzt aber nicht den Mangel einer objectiv gerechtfertigten Besorgniss der Befangenheit des Sachverständigen, eines sachlich begründeten Misstrauens gegen seine Unparteilichkeit, wodurch seine Ablehnung begründet werden könnte. (R. G. 21. IV. 1904.)

D. R. pag. 363. Entscheid. Nr. 1668.

§ 406.

Die Ablehnung des Sachverständigen ist nicht bloss bei Besorgniss einer bewussten Pflichtwidrigkeit, sondern auch schon beim Verdacht einer unbewussten, durch das Interesse am Schicksal einer Partei hervorgerufenen Voreingenommenheit des Sachverständigen gerechtfertigt. Der Sachverständige soll in persönlicher, moralischer und wirthschaftlicher Beziehung den Parteien völlig unabhängig gegenüberstehen, sodass seine Unparteilichkeit jedem Zweifel entrückt ist und ihm die Parteien uneingeschränktes Vertrauen entgegenbringen können. (O. L. G. Bamberg, 4. Mai 1904.)

D. R. pag. 485. Entscheid. Nr. 2049.

§ 406.

Wenn das Gericht, um sich über ein Armenrechtsgesuch schlüssig zu machen, von Amtswegen eine Untersuchung anstellt und dabei der Hülfe eines Sachverständigen sich bedient, steht dem Antragsteller nicht die Befugniss zu, in dieses Officialverfahren einzugreifen und den gewählten Sachverständigen abzulehnen. (O. L. G. Hamburg. 9. Mai 1903.) D. R. pag. 532. Entsch. Nr. 2306.

§ 406.

Ist ein vor schriftlicher Begutachtung des Sachverständigen angebrachtes Ablehnungsgesuch als unbegründet abgewiesen, so kann, wenn eine Ergänzung des Gutachtens durch mündliche Vernehmung des Sachverständigen angeordnet wird, der Ablehnungsgrund nicht durch ein abermaliges vor der Vernehmung angebrachtes Ablehnungsgesuch geltend gemacht werden; das Ablehnungsgesuch ist verspätet. (O. L. G. Braunschweig. 2. VI. 1904.)

D. R. pag. 452. Entscheid. Nr. 1895.

§§ 406, 408.

Im Beweissicherungsverfahren ist § 408 nicht ausgeschlossen. Der Gegner des Gesuchstellers hat bezüglich Ablehnung des benannten Sachverständigen die Befugniss aus § 406. (O. L. G. Karlsruhe. 25. VI. 1903.) D. R. pag. 532. Entsch. Nr. 2307.

Mittheilungen.

— Die 40. Versammlung des **Vereins der Irrenärzte Niedersachsens und Westfalens** findet am 6. Mai 1905, nachmittags 3 Uhr in Hannover, Lavesstrasse 26 statt. Tagesordnung. 1. Bruns-Hannover: Neuropathologische Mittheilungen. 2. Cramer-Göttingen: Ueber Jugendirresein. 3. Alt-Uchtspringe: Thema vorbehalten. 4. Weber-Göttingen: Ueber traumatische Psychosen. 5. Behr-Lüneburg: Ein Fall von halbseitiger partieller Mikrogyrie. 5. Wendeburg-Göttingen: Functioneller Ausgleich eines Muskeldefects. 7. Fontheim-Göttingen: Zweifelhafte Geschäftsfähigkeit. Nach der Sitzung findet in Kastens Hotel (Georgshalle) ein gemeinsames Essen statt.

Der Vorsitzende.
Bruns-Hannover.

— **Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.** Sitzung vom 10. Januar 1905.

Dr. Fuchs demonstrirt einen jetzt 11 Jahre alten Knaben, bei welchem seinerzeit, als er 15 Monate alt war, im Verlaufe eines als Masern diagnosticirten acuten Exanthems plötzlich eine vollkommene Lähmung aller vier Extremitäten auftrat, die sich nach einigen Tagen langsam zurückzubilden begann. Der gegenwärtige Befund zeigt, dass ausgedehnte Atrophien am Schultergürtel besonders rechts zurückblieben, teils complette, teils partielle Atrophien an den vier Extremitäten. Tiefe Reflexe erhalten, an den atrophischen Muskeln die elektrische Erregbarkeit herabgesetzt, an einzelnen Stellen Ea. R. Lähmungen schlaff. Rechts ist der Babinskische Reflex auslösbar. Fuchs deutet den Fall so, dass das Kind seinerzeit eine Poliomyelitis anterior acuta durchmachte. Aus dem Vorhandensein des Babinskischen Reflexes schliesst er auf ein Uebergreifen des Processes auf den Seitenstrang.

Dr. Fuchs demonstrirt ferner eine 28 jährige Frau. Sie bietet das Phänomen der Mitbewegungen bei sonst intaktem Nervensystem. Sie betreffen namentlich die Finger, und zwar zumeist Strecker und Beuger, doch sind auch andere Muskeln pathologisch associirt. Die Frau bot das Phänomen schon in ihrer frühesten Kindheit.

Dr. Schacherl demonstrirt die von zwei Exemplaren von Lophius piscatorius gewonnenen Präparate. Beide Exemplare zeigten in der Facialis-Akustikusregion Kolonien von Glugea lophi, einem parasitischen Protozoon.

Der von Professor Zuckerkandl im Anschluss an obige Demonstrationen gehaltene Vortrag: Zur vergleichenden Anatomie des menschlichen Hinterhauptlappens erscheint in extenso in den Jahrbüchern für Psychiatrie und Neurologie. S.

— **Der Neubau der neuen psychiatrischen und Nervenklinik der Universität Breslau** auf dem $2^1/_2$ Hektar grossen Grundstück Auenstrasse 40/42, gegenüber dem St. Laurentius-Begräbnissplatze beginnt sich jetzt zu erheben.



Die Mitte der etwa 200 Meter langen Vorderfront des Baugrundstücks wird das Beamtenwohnhaus mit dem Haupteingang zur Klinik einnehmen, während sich am Südende das Wohnhaus des Direktors, an der Nordecke die Leichenhalle erheben wird. Die Mitte des gegen 140 Meter tiefen Grundstücks wird das etwa 90 Meter lange Hauptgebäude der Klinik von nordsüdlicher Richtung einnehmen, das im Mittelbau ungefähr 20, in den beiden Flügeln 12½ Meter tief sein wird. Von den beiden Enden dieses Gebäudes werden sich die 12½ Meter breiten Absonderungshäuser in einer Länge von nahezu 40 Metern nach Westen erstrecken. Sie bilden mit dem Hauptgebäude zusammen einen nach Westen geöffneten Hofraum, in dessen Mitte von der Hinterfront des Hauptbaues etwa 20 Meter entfernt, der Ostgiebel des Wirthschaftsgebäudes hineinragt. Dieses selbst ist etwa 40 Meter lang und schliesst nach Westen hin mit dem hohen Schornstein der Kesselanlage ab, die zum Waschen, Kochen, Heizen etc. dient. Die in Ziegelrohbau aufgeführten Gebäude werden in baulicher Beziehung wesentlich von den übrigen Universitätskliniken abweichen, von deren Betrieb sie auch völlig losgelöst sind. Ueberstehende Dächer statt der massiven Hauptgesimse jener, helle Putzflächen und Sandsteinverzierungen werden ihnen ein freundliches, wohnhausmässiges Aussehen geben. Das Erdgeschoss des Mittelbaues wird die Poliklinik aufnehmen, vom Mittelportal wird die breite Haupttreppe zu dem Hörsaal und den wissenschaftlichen Arbeitsräumen des Obergeschosses führen, während in den Flügeln beide Stockwerke Stationen aufnehmen sollen. Ausserdem wird das Gebäude nur noch Keller- und Dachgeschoss besitzen. In den Absonderungshäusern werden sich Stationen für unruhige Kranke befinden. (Bresl. Gen.-Anz.)

— **Düsseldorf**, 9. April. In der Hauptversammlung der Gesellschaft zur Errichtung von Heilanstalten für Nervenkranke wurde mitgetheilt, dass von der Heilanstalt für weibliche Nervenkranke bereits 14 Pavillons vollendet sind. Diese Anstalt wird auf einem von Geh. Kommerzienrath Boeddinghaus in Elberfeld geschenkten, etwa 100 Morgen grossen Grundstück zu Rodenkirchen bei Leichlingen errichtet. Die übrigen Bauten sind so weit vorgeschritten, dass die Heilstätte im nächsten Jahre in Betrieb genommen werden kann. Zur Errichtung einer Heilstätte für männliche Nervenkranke ist das über 100 Morgen grosse Gut Grossledder bei Dabringhausen erworben worden. Die Bilanz der Gesellschaft schliesst einschliesslich eines Darlehns der Landesversicherungsanstalt Rheinprovinz mit 239 213 M. Zum Geschäftsführer wurde an Stelle des verstorbenen Geheimraths Klausener der Landesrath Kehl gewählt. (Köln. Ztg.)

— **Aus dem deutschen Reichstag**. Die Petitionskommission des Reichstages beschäftigte sich am 5. d. Ms. mit der Petition einer Frau H. in Berlin, welche ihrer Ansicht nach widerrechtlich in eine badische Privat-Irrenansalt als Geisteskranke internirt worden ist und um Neuregelung des Irrenwesens bittet.

Der Vertreter der badischen Regierung äusserte sich dahin, dass bei der Unterbringung der Patientin in die Irrenanstalt nicht korrekt vorgegangen sei, da weder Angehörige noch die Armenbehörde den erforderlicheu Antrag auf Aufnahme in die betreffende Anstalt gestellt hätten. Das Ober-Landsgericht, welches sich mit der Angelegenheit beschäftigte, habe in einem Erkenntniss ausgedrückt, dass die Aerzte, welche die Unterbringung der Frau H. in die Anstalt veranlasst haben, zwar in gutem Glauben gehandelt, aber doch leichtfertig den Angaben einer Krankenpflegerin der Frau H. Glauben geschenkt hätten.

Der Referent Abg. Dr. Mugdan beantragte die Petition für ungeeignet zur Erörterung im Plenum zu erklären, weil der Reichstag nicht zuständig sei, da es sich um eine badische Landessache handele. Die Commission trat mit 9 gegen 7 Stimmen diesem Antrag bei.

Referate.

— Prof. Robert Sommer: Kriminalpsychologie und strafrechtliche Psychopathologie auf natürlicher Grundlage. Leipzig. Johann Ambrosius Barth. 1904.

Mit Benutzung früherer Studien und einer ausgedehnten, fast zehnjährigen forensisch-psychiatrischen Praxis sucht Verf. die Lehre von dem Geisteszustande rechtbrechender Menschen in sichere naturwissenschaftliche Bahnen zu lenken, indem er für jeden einzelnen Fall auf eine genaue Analyse von dem Zustandekommen der rechtswidrigen Handlung den Hauptwerth legt, um aus zahlreichen, sorgfältigen Einzelbeobachtungen brauchbare Schlüsse auch für die Allgemeinheit zu erlangen. Im ersten Kapitel erläutert er den § 51 des R. Str. G., dessen Schwächen gegenüber dem naturwissenschaftlich begründeten Determinismus und die Stellungnahme des ärztlichen Sachverständigen, dem er unter Vermeidung theoretisch-dogmatischer Discussionen die Analyse des Geisteszustandes des Angeklagten zur Zeit der That, die Erforschung seiner natürlichen Anlagen, der Thatmotive und des Milieus mit Hervorhebung gefundener, krankhafter Züge empfiehlt. Die viel umstrittene Frage nach der freien Willensbestimmung des Thäters hätte der Gutachter im dem Sinne aufzufassen, „ob die inkriminirte Handlung aus der eventuell nachgewiesenen Geistesstörung als Folge abgeleitet werden könne". In den folgenden Kapiteln giebt Verf. eine anschauliche Anleitung seiner Methode der kriminalpsychologischen Untersuchung und Begutachtung und erörtert sodann die einzelnen Krankheitsformen, die auf diesem Gebiete hauptsächlich in Betracht kommen, unter Beifügung zahlreicher Gutachten und Krankengeschichten. Er lenkt die Aufmerksamkeit auf die häufig nach der Strafthat und namentlich nach der Entdeckung folgende Depression, die vom Gutachter nicht bis zu der fraglichen Zeit der rechtswidrigen Handlung rückwärts verlängert werden dürfe. Ausführlich werden auch die Simulation, die rein sehr selten vorkomme, und die Gefängnisspsychosen behandelt. In dem Kapitel über sexuelle Delicte und

Perversitäten erweist sich Verf. als ein Gegner der bestehenden Form des § 175 R. Str. G. Homosexuelle Acte sollten nur in soweit strafbar sein, als es die gültigen Bestimmungen bezüglich der Allosexualität festsetzten, so namentlich bei Anwendung von Gewalt oder bei Verführung jugendlicher, bewusstloser oder geisteskranker Personen. Bei der Bewerthung morphologischer Abnormitäten ist streng zu beachten, dass nur die Abnormität als krankhaft gilt, die mit einer Schädigung des Individuums verbunden ist. Bei allen Abweichungen ist aufs Genaueste zu erforschen, ob sie Folgen einer nachweisbaren, früheren Erkrankung darstellen. In Sachen der verminderten Zurechnungsfähigkeit fordert Verf. für die nothwendige Reform des Strafgesetzes ein Fallenlassen der Vergeltungstheorie. Die Strafe solle nur Verwendung finden, um die Besserung der Thäter oder den Schutz der Gesellschaft vor antisocialen Elementen zu erreichen. Namentlich sei es werthvoll, dass der Richter statt einer Strafe die Ueberweisung in medicinische Anstalten aussprechen könne. Auch in der Behandlung der kriminellen Jugendlichen und Taubstummen seien die gegenwärtigen Bestimmungen nicht ausreichend, denn eine Beurtheilung des Geisteszustandes allein nach dem intellectuellen Unterscheidungsvermögen sei unvollkommen und einseitig. Die übliche Zwangserziehung sei für gemindert zurechnungsfähige Jugendliche häufig nicht am Platze, vielmehr sollte auch hier in vielen Fällen die Ueberweisung in medicinische Anstalten eintreten. Nach einem historischen Ueberblicke über die psychiatrischen Begriffe in den früheren Strafgesetzbüchern der einzelnen deutschen Staaten kommt Verf. auf die Frage nach dem Bestehen von angeborener Kriminalität zu sprechen, die er bejahend beantwortet. Doch warnt er davor, jedes Individuum mit angeborenen kriminellen Neigungen als krankhaft zu bezeichnen. Dies träfe nur in den Fällen zu, in denen diese Triebe eine Schädigung des Trägers bedeuteten. Die kranken, unbeeinflussbaren Verbrecher gehörten in medicinische Anstalten, aber alle jene, die die antisocialen Neigungen zum eigenen Vortheile verwertheten, in die Detentionsanstalten. Determinismus, zu dem sich Verf. in seiner naturwissenschaftlichen Richtung bekennt, und Strafe schliessen sich nicht aus; eine Zweckstrafe ist bei allen noch beeinflussbaren Personen von grossem Nutzen. Wo aber eine solche Wirkung ausbliebe, sei bei Personen mit angeborenen antisocialen Trieben eine unbeschränkte Detention zum Schutze der Gesellschaft nothwendig. Bei der Psychologie des Strafvollzuges wendet sich Verf. gegen die Zweckmässigkeit und Berechtigung der Todesstrafe; auch Zuchthaus und Gefängniss brächten in vielen Fällen den Häftlingen einen nachweisbaren Schaden, der unbedingt vermieden werden müsse. Eindringen analytisch-psychologischer Methode der Beobachtung der einzelnen rechtbrechenden Menschen in das Strafvollzugssystem könnte grossen Nutzen bringen. Auch Bestimmungen über bedingte Verurtheilung durch den Richter seien durchaus erforderlich. Zum Schlusse giebt Verf. eine Darstellung der Arten und Typen der Verbrecher und einen Ausblick über den weiteren Ausbau der Kriminalpsychologie, an dem allseitig durch Erforschung der einzelnen Individuen, der nicht kriminellen wie der kriminellen, der geistesgesunden wie der geisteskranken, systematisch mitgearbeitet werden müsse. Zu diesem Zwecke wird ein Schema zur Untersuchung rechtbrechender Personen aufgestellt, damit die Resultate solcher Prüfungen vergleichbar werden können.

Dr. Fritz Hoppe-Tapiau.

Neuere Ergebnisse über Veronal.

(Schluss.)

Die Zahl der Pulsschläge nahm grösstentheils etwas zu, ohne dass die Spannung sich geändert hatte, selbst nicht bei Kranken mit Herzklappenfehler. Den Puls untersuchte Verf. mittels des Sphygmographen, indem er die Kurve in verschiedenen Zeiträumen nach den Gaben Veronal, also nach 1, 2, 3, 4, 5 bis 14 Stunden zeichnete. Die graphische Darstellung des Pulses blieb immer dieselbe.

In fünf Fällen, welche er ausschliesslich hinsichtlich des Körpergewichts untersuchte, wurde zweimal unzweifelhaft nach acht Tagen der Einnahme von Veronal eine Gewichtszunahme bemerkt.

Beim Harn hat sich weder die Reaktion noch die Farbe geändert; von 50 untersuchten Harnen waren 10 ein wenig dunkler, im Vergleich zur Farbe des Urins vor der Einnahme des Veronals, was aber noch nichts Pathologisches anzeigt.

Die Menge des binnen 24 Stunden abgegebenen Urins war 16 mal undeutlich vergrössert, 13 mal vermindert. Diese Schwankungen waren aber undeutlich und konnten durch andere Umstände verursacht werden. In den Fällen, wo die Menge des Urins grösser wurde, hat sich das specifische Gewicht vermindert. Bei Fällen von Brightscher Krankheit und Herzklappenfehlern hat sich die Menge des Urins entweder nicht geändert oder nur unbedeutend vermindert.

Bei einem Kranken mit Zuckerharnruhr hat Veronal die Menge des Urins und den Prozentgehalt des Zuckers vermindert.

Urochrom wurde manchmal (19 mal) etwas vermehrt, Indoxyl blieb unverändert; der Harnstoff, die Harnsäure, Schwefelsalze und Kaliumphosphate nahmen nicht zu, nur die Menge der Erdphosphate hat sich in 15 Fällen vergrössert, aber nicht über die physiologischen Grenzen.

Albumen, wenn es in dem Urin des Kranken nicht vorhanden war, zeigte sich auch nach einem längeren Gebrauch von Veronal nicht.

Sehr zweckmässig erwiesen hat sich die subkutane Anwendung in 10 prozentiger alkoholischer Lösung; obwohl manchmal die Kranken nach grösseren Gaben über verschiedene unangenehme subjektive Gefühle klagten, hat Verf. nie eine objektive schädliche Wirkung gesehen. Veronal wirkt auf das Hämoglobin des Blutes nicht wie Trional.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Schiller-Festnummer.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 5. 29. April. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Schiller
in seinen Beziehungen zur Psychiatrie.

Von *O. Kern* aus *Marbach*, z. Z. Assistenzarzt in Winnenthal.

Wenn in diesen Tagen die ganze gebildete Welt sich rüstet, das Andenken Schillers zu feiern, darf auch eine Untersuchung über seine Beziehungen zur Psychiatrie nicht fehlen. Nicht als ob nach Art der Möbius'schen Abhandlungen über Goethe, Schopenhauer u. a. Schillers Wesen einer psychiatrischen Analyse unterzogen werden sollte, wozu sich ausreichendes Material kaum darbieten dürfte. Nein, Schiller hat selbst Medicin studiert, zu einer Zeit zwar, die ein Specialfach der Psychiatrie noch nicht gekannt hat, in der aber alles ärztliche Wissen in den innigsten Beziehungen zu der im Leibniz-Wolff'schen System niedergelegten Naturphilosophie stand, wie sie zum Theil den Haller'schen Begriff der Irritabilität beeinflusste, mehr noch auf den Stahl'schen „Animismus" gewirkt hatte, und am allerdeutlichsten in Hoffmanns weltdurchdringendem Aether zu Tage trat. Können wir uns bei der Entfaltung, die der Genius unseres Dichters später genommen hat, darüber wundern, dass gerade diese Beziehungen für ihn besonders anziehend gewesen sind, und dass er sich in seinen medicinischen Arbeiten darum mit Problemen beschäftigt hat, die der Psychiatrie nahe liegen, wenn schon der Standpunkt, von dem aus sie heute betrachet werden, ein völlig anderer geworden ist.

Von solchen Arbeiten Schillers sind uns bekannt: „Philosophie der Physiologie" und „Zusammenhang der tierischen und der geistigen Natur des Menschen". In der ersten, die nur unvollständig erhalten ist, stürzt sich der 19jährige Jüngling mit kühnem Muth auf die schwierigsten Probleme und scheut sich nicht, der in der damaligen Physiologie unbeschränkt herrschenden Autorität Albrecht v. Hallers scharf entgegen zu treten. Nach einer moralphilosophischen Einleitung über Glückseligkeit, Tugend und Weisheit wird das Problem: Verhältniss von Geist und Materie aufgestellt. Drei Möglichkeiten der Lösung werden erwähnt und verworfen: der Materialismus, wonach alles Geistige nur eine Funktion, eine Leistung der Materie ist: „eine Lehre, die nur Thoren und Bösewichter bethören kann, der Weise verachtet sie"; zweitens der idealistische Phänomenalismus, dass die Aussenwelt, wenigstens die materielle, nur meine Vorstellung ist ohne thatsächlichen Hintergrund: „nichts als der witzige Einfall eines feinen Kopfes, an den er selbst nimmermehr glaubte"; drittens der dualistische Occasionalismus, wonach jede Wirkung der Materie auf den Geist auf einem unmittelbaren Einfluss der göttlichen Allmacht beruhen soll: „aber Wunder verrathen einen Mangel im Plane der Welt".

Befriedigender scheint Schiller die Annahme



einer Wechselwirkung zwischen Geist und Materie; die Schwierigkeit der Vorstellung, dass zwei so grundverschiedene Substanzen auf einander wirken sollen, sucht er zu mildern durch die Einführung einer vermittelnden Zwischenkraft, der „Mittelkraft", die er theilweise mit Hallers Nervenfluidum identificirt. Nun war aber Hallers Nervenfluidum etwas rein materielles, durchaus nichts halbpsychisches, höchstens eine Art physikalischer Kraftübertragung, wie sie ausserhalb des organischen Lebens nicht beobachtet wird.

Betreffs der weiter folgenden Ausführung, wie mit Hilfe der Mittelkraft die Perceptions- und Associationsprocesse vor sich gehen, ist man leicht geneigt, dem Urtheil seiner Lehrer zuzustimmen, dass der Verfasser hier in so dunkel gelehrten Wildnissen wandle, da hinein zu folgen man sich nicht getraue. Auch hier werden 3 Theorien erwähnt:

I. Die materiellen Ideen sind Eindrücke in dem Kanal des Nervengeists, den Nerven von des Nervengeists Andrang verursacht. II. Die materiellen Ideen bestehen in Bewegungen des Nervengeists, harmonisch mit jenen ursprünglichen in den sinnlichen Geistern (materiellen Bewegungen). III. Sie bestehen in Schwingungen der Nervenfibern. Zunächst muss sich Bonnet den Vorwurf gefallen lassen, dass er mit echt gallischer Leichtigkeit (er stammte übrigens aus Genf) sich über das schwere Problem wegsetze und alle drei Auffassungen zu einem Brei vermenge. Dann geht der Angriff gegen Haller. Haller vertrat die erste Ansicht: Durch die Erregung des peripheren Sinnesorgans wird eine Bewegung des Nervenfluidums, das er sich in feinsten Röhrchen des Nervens eingeschlossen dachte, nach dem Zentralorgan hin hervorgerufen, dort trifft das Fluidum auf eine selbstständig empfindende menschliche Monade, bringt in dieser einen materiellen Eindruck hervor, der gleichzeitig (im Sinn des psychophysischen Parallelismus) der Seele vorgestellt wird; als Beweis für den centralen Sitz der Empfindung führt er bereits damals das Purkinjesche Phänomen an, dass der Mensch noch von abgetrennten Extremitäten Empfindung haben kann. Schiller, der hier im wesentlichen negiert, keine eigene Theorie aufstellen will, um nicht in die Don Quijoterien anderer Forscher auf diesem Gebiet zu verfallen, hält es für wahrscheinlicher, dass schon in den peripheren Sinnesorganen Empfindung oder sinnliche Vorstellung zu stand komme und dann von der Mittelkraft nur ins Sensorium befördert werde. Nach Hallers Theorie, meint er, müsste man, um die Erinnerung an einen Eindruck und die Thätigkeit der Associationen erklären zu können, annehmen, dass ein bereits erstarrter Eindruck wieder in Bewegung komme.

Und das scheint Schiller so unwahrscheinlich, dass er es seinen Lesern nicht zumuthen kann. Dass Haller hier so unbegreiflich auf der Oberfläche schwebe, thue seiner sonstigen Bedeutung keinen Eintrag: „Quandoque bonus dormitat Hallerus." Den Einwurf Schillers widerlegt Ueberweg sehr treffend: „Es ist gar nicht undenkbar, dass eine anderweitig erzeugte Bewegung, wenn sie auf eine bestimmte Formation trifft, welche ihrerseits Folge einer frühern Perception ist, in ihrem Fortgange eine Art von Modifikation von bestimmter Art erleide, woran sich dann, wenn doch unabweisbar eine Wechselwirkung zwischen Bewegung und Bewusstsein angenommen werden muss, recht wohl die Wiedererweckung derjenigen Vorstellung anschliessen kann, an welche sich jene bleibende Formation geknüpft hat." Dem andern Bedenken Schillers, ob sich denn ein Eindruck jahrelang erhalten könne, wenn er immer wieder vom Nervenfluidum bespült wird, lässt sich entgegnen, dass im Stoffwechsel die einmal erstarrte Form die Tendenz zeigt, sich zu erhalten. Nach einer ebenso selbstständig und vielleicht geschickter behandelten Erörterung über den Einfluss der „Aufmerksamkeit" auf die Associationen und die Macht der Gewohnheit bricht das Rudiment mit den einleitenden Worten über den Wert der ästhetischen Gefühle ab. Trotz der allzu blühenden Schreibweise und des zu kühnen Gedankenflugs, die zur Ablehnung der Arbeit von seiten des Herzogs führten, giebt die feurige Auffassung eines ganz neuen Planes untrügliche Beweise von des Verfassers guten und auffallenden Seelenkräften, wie einer der Lehrer sich äusserte.

Der Psychiatrie näher verwandt ist die zweite Arbeit, die in schöner gemässigterer Sprache mit wohl ausgeführten Beispielen ihre Leitsätze begründet und sich von der Erörterung der letzten Probleme weislich fernhält. Da dem Verfasser der menschliche Körper zu einseitig als Hemmnis und Kerker des Geistes angesehen zu werden scheint, will er als Anwalt der verleumdeten Leiblichkeit auftreten, will „den grossen und reellen Einfluss des tierischen Empfindungssystems auf das geistige in ein helleres Licht setzen." Mit einer zur ersten Dissertation in bemerkenswertem Gegensatz stehenden Resignation führt er aus: „die Thätigkeit der menschlichen Seele ist — auf eine Art, die ich noch nicht begreife — an die Thätigkeit der Materie gebunden." Durch die Sinne erfährt die Seele von den Dingen der Aussenwelt, durch die willkürlichen Bewegungen wirkt sie auf dieselben ein, und an gewisse Bewegungen des inneren Sensoriums sind die Operationen des Denkens und Empfindens gebunden. Diese 3 Thätigkeiten fasst er unter dem Begriff „Organismus der Seelenwirkungen" zusammen; ihm gesellen sich zum Ersatz der bei dieser Thätigkeit verbrauchten Stoffe der zweite, der Organismus der Ernährung, und zum Ersatz der schliesslich verbrauchten Einzelindividuen als dritter der Organismus der Zeugung zu. Alle drei, innig vereint, bilden den menschlichen Körper.

Die thierischen Triebe — z. B. Hunger und Schmerz — sorgen zunächst für die Erhaltung und den Wohlstand des thierischen und dadurch auch mittelbar des geistigen Lebens. Aber auch darüber hinaus ist der Körper durchaus nicht ein Hemmschuh des Geistes, der ihn von seinen deutlichsten und hellsten Begriffen in sinnliche Verworrenheit stürzt (so Plato), im Gegentheil: „Der Körper ist der erste Sporn zur Thätigkeit; Sinnlichkeit die erste Leiter zur Vollkommenheit. Der physische Schmerz ist der erste Stoss, der erste Lichtstrahl in die Schlummernacht der Kräfte, tönender Goldklang auf der Laute der Natur." Das wird ausgeführt im Entwicklungsgang des Individuums: Das Kind noch ganz ohne Reflexion und Willen; der Schmerz mag ihm wohl Geschrei auspressen, aber er wird es niemals auf die Quelle des Unbehagens aufmerksam machen; die Milch mag ihm wohl Vergnügen gewähren, aber sie wird niemals von ihm gesucht werden (nach Preyer wurde als frühester Termin, an dem ein Kind die Warze suchte, der 8. Tag beobachtet). Der Knabe wählt mit Ueberlegung aus, was ihm sinnliches Wohlbehagen gewährt. Der Jüngling und Mann findet aesthetisches Wohlgefallen an der Geistesarbeit selbst, die ihm ursprünglich nur die sinnlichen Güter verschaffen sollte. „Hier ist das Mittel höchster Zweck geworden." Auch in der Entwicklung des Menschengeschlechts hat des Leibes Nothdurft Jagd, Ackerbau, Baugewerbe ins Leben gerufen. Die Gründung der Familie, des Staatswesens, ja der Kunst und Religion wird auf die thierische Natur zurückgeführt. Ja selbst noch die Entartung in Ueppigkeit und Wohlleben zwang zur Befriedigung der immer raffinierteren Bedürfnisse, Umschau im Reich der Natur nach neuen Hilfsmitteln zu halten; dieselbe Wirkung hatten Krankheiten und Tod, und wieder gab die Befriedigung, die bei solcher Thätigkeit empfunden wurde, Veranlassung, ohne praktische Nebenzwecke die gesammte Natur mit all ihren Kräften und Eigenschaften systematisch zu durchforschen. „So machte der Körper dem Geist die Welt interessant und wichtig, weil er sie ihm unentbehrlich machte."

Aber die thierische Natur erweckt nicht nur die geistige, sondern steht auch weiterhin bei jeder Thätigkeit in genauer Wechselwirkung mit den geistigen Empfindungen. Ein psychischer Lustaffekt wirkt mächtig auf den Körper ein, macht das Herz lebhafter schlagen, das Blut schneller kreisen, verstärkt überhaupt den gesammten Stoffwechsel, wodurch sich zu dem ersten psychischen Affekt ein ebenso starker aus der Körpersphäre stammender hinzugesellt.

Umgekehrt wirkt psychischer Gram, Reue, Verzweiflung. Dies wird durch zahlreiche dramatische Beispiele: Richard II, Lady Macbeth, Franz Moor u. a., durch Wirkung sogar nur nachgeahmter Affecte der Schauspieler auf sie selbst und die Zuhörer bis zu Krämpfen und Ohnmachten, und besonders durch die Beobachtungen am Kranken-



bett erhärtet. So wird im Anschluss an die Schilderung Stupider bei Muzell (übrigens genaueste Schilderungen von Katatonie, in denen keins unserer heutigen Merkmale fehlt,*) das unauflösliche Verschlungensein der körperlichen und seelischen Symptome gezeigt, das die Entscheidung, ob hier eine Hemmung des Stoffwechsels oder Abnahme und Erstarrung der Psyche das primäre ist, so ausserordentlich schwer macht. Wie die Körperfunctionen durch Freude belebt, durch Gram gehemmt werden, so ist auch andererseits der Geist abhängig vom leiblichen Wohlbefinden: gute Ernährung und geregelte körperliche Functionen erzeugen geistiges Wohlbehagen und erleichtern die geistige Arbeit, während Störungen im Körper alle psychische Thätigkeit niederschlagen können. Ein Beispiel dafür, aber in noch höherem Maasse eine Einschränkung dieses Satzes bietet uns Schiller selbst in seinen letzten Lebensjahren, in denen er dem siechen Körper in den freieren Zeiten seine erhabensten Geistesproducte abrang, während er dazwischen tageweis so darniederlag, dass ihm jede psychische Thätigkeit unmöglich war.

Der Zusammenhang der beiden Naturen documentirt sich in der Physiognomik: Häufige edle Affecte verschönern den Körper, niederträchtige Regungen führen zu viehischen Formen. Mangelndes Innenleben prägt die Physiognomie der Simpel. Eine Bedeutung der ursprünglichen Körperanlage, wie sie in Form und Grösse der Organe zu Tage tritt, für die Beurtheilung des Charakters wird im Gegensatz zu Lavater bestritten; um solche Veränderungen als erstarrte Affecte der Vorfahren auffassen zu können, musste erst die Hereditätslehre mehr entwickelt sein.

Auch der Nachlass der thierischen Natur, der Schlaf, wird für den Geist eine Quelle der Vollkommenheit, da er den Empfindungen und Affecten mit ihrer Tendenz zu unbegrenzter Entwicklung (Stahl) die nöthige Unterbrechung und Ablenkung bietet. In dem Satz: „Endlich dann, auf den Zeitpunkt, wo der Geist den Zweck seines Daseins in diesem Kreise erfüllt hat, hat zugleich eine inwendige, unbegreifliche Mechanik auch seinen Körper unfähig gemacht, weiterhin sein Werkzeug zu sein" hören wir die Hallersche Lehre von der durch Gott gesetzten Harmonie der beiden Substanzen. Die Abhandlung klingt aus, wie damals auch in naturwissenschaftlichen Werken durchaus üblich (cfr. Stahl, Haller), in einem Ausblick aufs Jenseits, hier in Form der Seelenwanderung geboten (Lessings Erziehung des Menschengeschlechts erschien im selben Jahr, da Schiller die Dissertation schrieb). Der letzte Satz: „Wir legen jetzt manches Buch weg, das wir nicht verstehen; vielleicht verstehen wir es in einigen Jahren besser," könnte ein versteckter Hieb auf seine Lehrer und ihre Beurtheilung seiner ersten Arbeit sein.

Unmittelbar zur Psychiatrie gehören die Rapporte, die Schiller über einen psychisch erkrankten Zögling (Grammont) zu erstatten hatte. Im ersten heisst es: „Die ganze Krankheit ist nichts anderes, als eine wahre Hypochondrie, derjenige Zustand eines Menschen, in welchem er das bedauernswürdige Opfer der genauen Sympathie zwischen dem Unterleib und der Seele ist, die Krankheit tiefdenkender, tiefempfindender Geister und der meisten grossen Gelehrten". Der Ursprung der Geisteskrankheiten aus dem Unterleib war mit der Humoralpathologie, ja sogar mit der Lehre von den Temperamenten, wie sie der „Animist" Stahl vortrug, und überhaupt mit damaligen Zeitanschauungen durchaus vereinbar. Am ausgesprochensten vertrat diese Richtung der hessische Leibarzt Kämpf († 1787), der die meisten chronischen Krankheiten von Unterleibsinfarkten ableitete und mit Visceralclystiren ihnen zu Leib zog.*) Dass auch Schiller ein besonders eifriger Anhänger dieser Lehre war, geht aus der Weisung eines Vorgesetzten an ihn hervor, er solle besonders auf den Unterleib des Patienten Rücksicht nehmen, da er ohnehin viel daraus herzuleiten gewohnt sei. Als psychische Ursachen führt Schiller an zuerst pietistische Schwärmerei,

*) bes. Casus VIII der ersten Sammlung.

*) Auch die oben erwähnte Katatonie bei Muzell wird auf Verstopfungen in den visceribus des Unterleibs zurückgeführt und mit tartarus tartarisatus „erfolgreich behandelt".

dann die durch das Studium der Metaphysik entstandenen Zweifel; dem schlossen sich weiterhin Fehler im Verdauungsgeschäft, Mattigkeit und Kopfschmerzen an, die als Folgen des zerrütteten Seelenzustandes ihrerseits wiederum diesen Zustand rückwärts verschlimmerten (hier hört man den Theoretiker vom Zusammenhang der Naturen). Ob die primäre Ursache im Körper oder in der Seele liege, sei nicht zu entscheiden. Einige Wochen litt nun der Patient an ziemlich schwerer Depression, zum Theil veranlasst und unterhalten durch den lästig empfundenen, harten Schulzwang der Anstalt; die anfänglich ziemlich lebhafte Selbstmordneigung und Nahrungsverweigerung traten bald zurück. Ob es sich um eine ausgesprochene Melancholie handelte oder nur um einen psychopathisch gesteigerten jugendlichen Weltschmerz, geht aus den vorliegenden Daten nicht hervor. Der Patient soll bald genesen sein und in völliger geistiger Gesundheit ein höheres Alter erreicht haben. Betreffs Therapie befleissigt sich Schiller ausser vorübergehenden Arzneigaben (anfangs Emetica) einer sehr weisen Mässigung. Er schlägt vor etwas freiheitlichere Behandlung, Reiten und Spazierengehen, vor allem dreimal täglich Baden; letzteres sei am zuträglichsten, da es alle Vortheile der Beweguug habe, ohne durch Erhitzung zu entkräften; ferner ablenkende Gespräche mit den Freunden und leichtere wissenschaftliche Beschäftigung. Einer Verdächtigung, mit dem Kranken in Fluchtgedanken conspirirt zu haben, tritt er entgegen mit der Bemerkung, um das Vertrauen der Kranken zu gewinnen, müsse man scheinbar auf ihre krankhaften Ideen eingehen, wählt dabei allerdings das nicht sehr glückliche Beispiel von dem Tollen, dessen Wahnidee, zwei Köpfe zu haben, dadurch geheilt worden sei, dass man ihm einen künstlichen aufgesetzt und abgeschlagen habe. Um so treffender ist die Bemerkung, durch Widerspruch und Gewalt könne man vielleicht derlei Kranke darniederschlagen, aber gewiss niemals kuriren. Ueberhaupt geht aus allem hervor, dass Schiller im persönlichen Verkehr mit dem Kranken durchweg einen feinen ärztlichen Takt gezeigt hat, wie auch die Therapie (Bäder, frische Luft, möglichst freiheitliche Behandlung und leichte Beschäftigung) uns ganz modern anmuthet.

In Schillers poetischen Werken treten uns die psycho-physiologischen Anschauungen durchaus vom psychologischen Standpunkt aus entgegen; psychopathologische Charaktere vermeidet er; soweit krankhafte Züge vorkommen, sind sie nicht im medicinischen Sinne, sondern entsprechend den Ansichten des Volkes verwerthet. So macht er z. B. aus dem historisch schwer psychopathischen, bes. ethisch degenerirten Don Carlos einen etwas phantastischen Schwärmer mit leicht gesteigerter Reizbarkeit und wenig entwickelter Charakterstärke, verliert aber auch an dieser Person sein Interesse zu Gunsten des intellektuell abgeklärten und in sich gefestigten Marquis Posa, durch dessen Mund und Thaten er seine Ideen aussprechen konnte, auf deren Darstellung er den Hauptwerth in seinen Dramen legte. Cfr. aus dem Briefwechsel mit Goethe, Brief vom 4. April 97: „es ist mir aufgefallen, dass die Charaktere des Griechischen Trauerspiels, mehr oder weniger, idealische Masken und keine eigentlichen Individuen sind. Man kommt mit solchen Charakteren in der Tragödie offenbar viel besser aus" u. s. w. Stellen aus den Briefen vom 29. Dec. 97 und 24. Aug. 98 über die „Symbolischen Behelfe" lassen uns erkennen, dass auch die Jungfrau von Orleans, die „romantische Tragödie" nicht psychiatrisch verwerthet werden kann. Johanna ist ihm natürlich keineswegs eine Geisteskranke, etwa eine Hysterica, ihren Visionen liegen reale Erscheinungen zu Grunde, wie sie übernatürliche Einsicht und Kräfte auch weiterhin im Verlaufe des Stückes zeigt. Sieht man aber davon ab, so ist die rasch wachsende Macht der suggestiven Wirkung, die von ihr auf Freund und Feind ausging, und die Durchführung ihres eigenen Charakters mit psychologischer Meisterschaft gezeichnet: als natürliche Folge der gewaltsam zurückgedrängten weiblichen Natur wird ihre Verschuldung dargestellt; der heroisch erhabene Charakter macht der angeborenen weiblich zarten und weichen Gemüthsart der Schäferin Platz; bei der öffentlichen Beschuldigung schliesst ihr weibliche Scham und Stolz den Mund; im tiefsten Elend,



in grösster Verlassenheit wird sie wieder innerlich mit sich eins, und zeigt in der schwersten Versuchung, dass sie ihre Liebe zu Lionel bis auf den letzten Rest überwunden hat, und schliesslich in der höchsten Noth ihres Vaterlandes schwingt sie sich noch einmal empor zu der starren Höhe eines seiner selbst absolut sicheren und dadurch alles bezwingenden Glaubens, um sodann nach dieser höchsten Anspannung versöhnt mit sich selbst, mit ihren Freunden und mit dem Himmel zu sterben.

Für die idealistische, oder, wie er es selbst nennt, „sentimentalische“ Geistesrichtung Schillers war es ohne Zweifel eine wohlthätige Ergänzung, dass er durch medicinische Studien in die moderne Wissenschaft eingeführt wurde. Fesselten ihn auch hauptsächlich die philosophischen Beziehungen an der Medicin, so ist ihm doch Klarheit in der Auffassung der Probleme und gesunde Nüchternheit des Denkens in hohem Grade als Frucht seiner naturwissenschaftlichen Studien zu Theil geworden, die ihm, den Dichter, vielfach über Irrungen der Philosophen seiner Zeit erhoben zeigten. Auch die Anerkennung eines relativen Rechts der Sinnlichkeit gegenüber dem Rigorismus der Kant'schen Ethik mag hier ihren ersten Ursprung genommen haben. Für rein empirische Naturbetrachtung hat er allerdings nie viel Sinn: auch an Goethe's Farbenlehre interessiert ihn mehr die Form der Darstellung und beste Gruppirung des Stoffs, als der Inhalt.

So hat der Schiller der reiferen Jahre dem psychiatrischen Fachmann und dem naturwissenschaftlichen Psychophysiker nichts mehr zu sagen, jedem Menschen aber, der den Drang in sich spürt, von der Tagesarbeit im Reich der Ideale sich zu erholen, bieten Schillers Leben und Werke einen nie versiegenden Jungbrunnen künstlerischer und sittlicher Erneuerung. Gerade der Psychiater erhält in seinem Beruf mancherlei Anregung, mit philosophischen und litterarischen Erscheinungen sich bekannt zu machen, und ihm vor allem, dem so häufig statt greifbarer Erfolge seiner Arbeit Enttäuschung und Verkennung seiner besten Absichten zu theil wird, kann ein Blick auf Schiller neue Kraft und Freudigkeit verleihen, auf Schiller, der unbeirrt vom Beifall der Menge, im stolzen Bewusstsein seines Wertes, alles Niedrige und Gemeine von sich fern zu halten wusste, und vorzüglich in seinen letzten Jahren immer rastloser fortschritt auf dem Weg zu der reinen Höhe des Wahren, Schönen und Guten.

Nun glühte seine Wange rot und röter
Von jener Jugend, die uns nie entfliegt,
Von jenem Mut, der früher oder später
Den Widerstand der stumpfen Welt besiegt,
Von jenem Glauben, der sich stets erhöhter
Bald kühn hervordrängt, bald geduldig schmiegt,
Damit das Gute wirke, wachse, fromme,
Damit der Tag dem Edlen endlich komme.

Litteratur.

1. Albrecht v. Haller: Elementa physiologiae, übersetzt und bearbeitet von Meckel. 1788.
2. Stahl: Theorie der Heilkunde, herausgegeben von K. W. Ideler. 1832.
3. Muzell: Medizinische und chirurgische Wahrnehmungen. I. 1754. II. 1764.
4. Pagel-Neuburger: Handbuch der Geschichte der Medizin.
5. Neuburger: Die histor. Entwicklung der experimentellen Gehirn- und Rückenmarksphysiologie vor Flourens.
6. Goedeke: Historisch-kritische Gesammtausgabe der Schillerschen Werke.
7. Palleske: Schillers Leben und Werke.
8. Richard Weltrich: Friedrich Schiller. I. Bd.
9. Kuno Fischer: Schiller als Philosoph.
10. Tomaschek: Schiller in seinem Verhältnis zur Wissenschaft.
11. Überweg: Schiller als Historiker und Philosoph.





Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

Dieser Grund scheint uns gerade gegen die Verordnung zu sprechen.

Die beständige Abänderung der Vorschriften durch die verschiedensten Instanzen, wie sie in Staaten mit ausgebildeter Bureaukratie gang und gäbe ist, führt zu einer absoluten Verwirrung in der Verwaltung.

So sagt Erlenmeyer,[22]) der die preussischen Verhältnisse sehr genau kennt: „Eine Vielheit von Behörden, die alle das Recht selbständiger Verfügungen haben, wirkt verwirrend und decentralisirend.

Auch in Ungarn haben sich mit Beziehung auf die Flexibilität der Verordnung ziemlich bedenkliche Dinge ereignet. Dr. Philipp Stein theilt die folgende Gesetzgebungskurve mit:[23])

1897. Verordnung betr. Verbot der Entlassung gemeingefährlicher (oder verbrecherischer) GK gegen Ausstellung eines Reverses.

1898. Verordnung betr. Gestattung der Entlassung nach Beschluss einer besonders delegirten Commission.

1900. Verordnung, betr. Gestattung der E. gegen Revers.

Damit ist man wieder da angelangt, wo man vor 1897 war.

2. Die Ursache solcher Schwankungen in der Gesetzgebung (durch Verordnung) liegt in der geringen Aufmerksamkeit, mit der solche Verordnungen gemacht werden. Die grösseren Garantieen bietet auch hier das Gesetz.

Erlenmeyer[24]) theilt uns unter anderem einen Fall mit, wo das Regulativ eines Landesdirectors, das „gegen Absicht und Geist eines Ministerialerlasses verstösst", vom Minister „von Aufsichtswegen" genehmigt worden ist.

Bei der Ausarbeitung eines Gesetzes können solche Achtlosigkeiten nicht vorkommen. „Die Besprechung eines Gesetzesentwurfs und die endliche Feststellung durch öffentliche, vor dem ganzen Lande kundgegebene Beratung bieten jedenfalls eine unschätzbare Garantie dafür, dass ein die Grundrechte der Einzelnen wie die Grundlage des Rechtslebens betreffendes Gesetz auch so gehandhabt wird, wie es gewollt wurde, und das von ihm der Schatten einseitiger Regierungswillkür, den die unverständige Menge auf die nur im Berufskreise bekannten Verordnungen werfen mag, entfernt bleibe."[25])

3. Nur aus der Praxis eines Gesetzes ergeben sich allmählich klare Definitionen der wichtigsten irrenrechtlichen Begriffe.

Nur so ergiebt sich der thatsächliche Inhalt der Bestimmungen, der durch wissenschaftliche Discussion, nicht aus der mehr oder weniger willkürlichen Anwendung durch subalterne Organe interpretirt werden sollte.

4. Nur ein Gesetz kann überhaupt die Pflicht des Staates, für die (nicht zugleich armen) Irren zu sorgen, feststellen.

Auch das Aufsichtsrecht des Staates über die in der eigenen Familie verpflegten Irren kann, wenn es postulirt wird, nur durch Gesetze anerkannt werden, da es in Grenzfällen mit dem Hausrecht collidiren würde.[26]) [27])

5. Speziell in der Schweiz ist eine Organisation des Irrenwesens nicht ohne Bundesgesetz möglich. Die Materie ist der Kantonalen Hoheit verblieben.

Die Eidgenossenschaft überlässt sogar die Concession der Privatanstalt der kantonalen Gesetzgebung. Bundes. Verf. Art. 31. e.

Man müsste also, um die Basis für eine Irrengesetzgebung zu schaffen, zuerst die Bundesverfassung um einen Zusatzparagraphen zu Art. 64 (Justizgesetzgebungsartikel) vermehren.

b) *Inhalt und Form der heutigen Irrengesetzgebung.*

1. Formelle Charakterisirung der Gesetze.

Der Inhalt der Irrengesetzgebung kann zunächst in einen materiellrechtlichen und einen prozessrechtlichen geschieden werden.

---

22) Erlenmeyer, Unser Irrenwesen. S. 2ff.

23) Psychiatrisch-neurol. Wochenschrift Bd. V, S. 93. Irrengetzgebung in Ungarn.

24) Erlenmeyer a. a. O. s. 83.

25) Reuss a. a O. s. 193.

26) So z. B. frägt es sich sehr, ob vom staatsrechtl. Standpunkte aus die Verfügung des Reg.-Präs. v. Cassel (Preuss.-Hessen vom 15. Apr. 1897 zu Recht besteht, nach welcher jeder nicht inirte Geisteskranke mindestens einmal jährlich durch den Bezirksarzt untersucht werden soll. Dass sie für den Gemeingefährlichen juristisch gerechtfertigt ist, wird nicht bezweifelt, ob aber für den ruhigen Unheilbaren, ist eine andere Frage.

27) Weiteres soll in den bezüglichen Kapiteln eine Erledigung finden.

Der materiellrechtliche gehört dem Staats- und Verwaltungsrecht, dem Civilrecht, dem Strafrecht an, der formalrechtliche, dem Verwaltungs-, dem Civil- und dem Strafprozess. Dieser Inhalt könnte entweder vollständig in einem Spezialgesetz enthalten, oder vollständig auf die Codificationen des gemeinen Rechtes vertheilt sein.

Die erste Form ist (unseres Wissens) noch nicht aufgetreten, die letztere findet sich, soweit Bestimmungen überhaupt vorhanden sind, im Rechte Italiens, Russlands, der Balkanstaaten, der schweizerischen Kantone Basel-Land, Uri, Schwyz, Unterwalden, Appenzell Irh., Wallis.

Bei allen anderen Staaten von Europa und Nordamerika[28]) findet sich ein Zwischenzustand. Das heisst, eine Anzahl von Rechtsverhältnissen der Geisteskranken ist durch Spezialgesetze oder Verordnungen geregelt, andere verbleiben dem Straf- oder Civilgesetzbuche oder -Prozess. Innerhalb dieser Mittelgruppe sind zahlreiche Variationen denkbar und vorhanden.

Die Staaten, in welchen die Irrenfürsorge nur durch Verordnungen geregelt ist, beschränken sich in ihrer Regelung gewöhnlich auf das eigentliche Gebiet des Verwaltungsrechts. Die Verordnungen der Kantone Luzern, Solothurn, Schaffh., St. Gallen, Graubünden, Aargau, Tessin, beziehen sich nur auf die Verhältnisse der öffentlichen Irrenanstalten, (Aufnahme in dieselben, Behandlung darin, nebst den rechtlichen Garantien, Aufsicht über die Anstalt).

Dasselbe gilt für die Gesetze von Sachsen-Weimar und Baselstadt, die Verordnungen von Baden, Bayern, Hessen, Preussen, Kgr. Sachsen-Oesterreich-Ungarn, der Kantone Bern, Thurgau, Zürich. — Die Gesetze von Belgien, England, Frankreich, Holland, Norwegen, Schweden, Spanien, der amerikanischen Staaten, der Kantone Genf, Neuenburg, und Waadt befassen sich mit der Errichtung und Führung von Privatanstalten bezw. mit der Pflege von Geisteskranken in Familien; Baden und England mit den in andern als Irrenanstalten untergebrachten Gk.

Auf das Gebiet des Civilrechts und Civilprozesses begeben sich die Gesetze und Verordnungen, soweit sie sich mit der Bestellung von Vormündern (Pflegern, Curatoren, Bevöllmächtigten etc.) für die Gk. beschäftigen. (So: Frankreich, Belgien, Holland, Genf, Neuenburg), oder über deren Vermögensverwaltung Bestimmungen treffen, (so: die genannten; ausserdem Norwegen, England und Waadt).

[28]) Soviel wir wissen auch von Australien.

Ebenso wenn sie die Anfechtbarkeit von Rechtshandlungen bestimmen, (so Frankreich, Belgien, Genf).

Das Gebiet des Strafrechtes und Strafprozesses berühren sämmtliche Irrengesetzgebungen. Entweder sie verlangen nur Anzeige bezw. Genehmigung der Entlassung von geisteskranken Sträflingen aus den Anstalten, (wie die Verordnungen), oder sie treffen mehr oder weniger ausführliche Bestimmungen über geisteskranke Angeklagte und Verbrecher, (wie die Gesetze von Belgien, Holland,[29]) New-York, Waadt und Genf.[29])

2. Materielle Characterisirung.

Die Gesetze zerfallen in drei Gruppen nach ihrem allgemeinen Inhalt.

Die erste Gruppe lässt den Character des Fürsorgegesetzes deutlicher hervortreten.

Das Irrengesetz resp. die Verordnungen sind erlassen worden, weil sich die Nothwendigkeit der staatlichen Fürsorge für die Irren gebieterisch gezeigt hat, und weil die Fürsorge organisirt und mit gesetzlichen Garantieen umgeben werden musste.

So sind fast alle schweizerischen Verordnungen nur vom Geiste des Wohlthätigkeitsgesetzes erfüllt. Dabei sind oft die Garantieen für den Einzelnen sowohl bei der Internirung, als auch innerhalb der Anstalt zu kurz gekommen. Die staatliche Oberaufsicht ist formell und materiell ungenügend. Zu dieser Gruppe gehören ausser den deutschschweiz. Kantonen: Baden, Bayern, Bremen, Preussen[30],) Kgr. Sachsen[30]), Sachsen-Weimar.

Die zweite Gruppe ist characterisirt durch das Bestreben, möglichst grosse Garantieen dafür zu geben, dass ein Mensch nicht widerrechtlich gefangen gehalten werde. Sie häuft die Formalitäten bei der Aufnahme, die formalen Garantieen während des Aufenthalts in der Anstalt. Die Oberaufsicht ist formal genügend, materiell ungenügend, (mit Ausnahme von England und Amerika).

Hierzu gehören: das französische, das spanische, das englische und einige amerikanische Gesetze. So auch die preuss. und sächsischen Verordnungen über die Privatanstalten.

Die dritte Gruppe ist diejenige der Irrengesetze, welche einerseits ausgesprochenen Fürsorgecharacter tragen, andererseits ein genügendes Maass von materiellen Garantieen für den zu internirenden oder schon internirten Geisteskranken und eine organisirte Oberaufsicht aufweisen.

[29]) Holland und Genf allerdings nur je einen Artikel. Geuf loi Art. 33. Holland Wet. Art. 18.

[30]) Soweit die öffentlichen Anstalten in Frage kommen.



Dazu gehören die Gesetze von Schottland, Schweden, Belgien, Norwegen, Holland, New-York, Genf und Waadt. (Wenn in der Württembergischen Gesetzgebung die Familienpflege besser geregelt wäre, so könnte auch diese hierher gezählt werden.)

(Fortsetzung folgt.)

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

§ 414.

Der Beschwerdeführer wurde auf Grund des Beweisbeschlusses des Processgerichts vom 15. April 1904 darüber als „sachverständiger Zeuge" vernommen, „zu welcher Tageszeit er herbeigerufen ist, unter welchen Umständen er den Sch. vorgefunden hat und welche pathologische Erscheinungen er bei ihm wahrgenommen hat". Der Beschwerdeführer hat bei seiner Vernehmung einen Sonderabdruck eines von ihm verfassten Aufsatzes in einer medicinischen Zeitschrift über den in Frage stehenden Unfall überreicht und auf diesen Aufsatz Bezug genommen und ferner ausgesagt, dass aus der von ihm festgestellten Lähmung der beiden Hände, der Blase und später auch des Zwerchfells des Verletzten mit Sicherheit auf eine Verletzung des Halsmarks durch Bruch des fünften, sechsten oder siebenten Halswirbels zu schliessen gewesen sei, und er Anzeichen eines Alkoholikers an dem Verletzten nicht wahrgenommen habe. Ob in dieser Aussage ein Gutachten oder nur ein Zeugniss zu finden ist, dafür kann allerdings der Inhalt des von dem Beschwerdeführer überreichten Aufsatzes nicht ausschlaggebend sein, da derselbe nur insoweit in Betracht kommt, als er die oben mitgetheilte Beweisfrage beantwortet. In der mündlich von dem Beschwerdeführer abgegebenen Aussage ist jedoch ein sachverständiges Gutachten zu finden. Der Unterschied zwischen Zeugen und Sachverständigen besteht darin, dass der Zeuge nur die von ihm in der Vergangenheit gemachten Wahrnehmungen wiedergiebt, wobei es allerdings nicht darauf ankommt, ob zu den Wahrnehmungen eine besondere Sachkunde erforderlich war, dass dagegen der Sachverständige über einen von ihm wahrgenommenen oder ihm unterbreiteten Sachverhalt ein Urtheil zu fällen, vermöge seiner Sachkunde aus den Thatsachen Schlüsse zu ziehen hat (vergl. Entsch. d. Reichsger. Bd. 6, S. 7). Das Letztere ist aber bei der Aussage des Beschwerdeführers der Fall bei der Bekundung, dass aus dem Krankheitsbefunde auf eine Verletzung des Rückenmarks zu schliessen sei und dass der Verletzte keine Anzeichen des Alkoholikers gezeigt habe. Zu beiden Feststellungen konnte der Beschwerdeführer nur durch Schlussfolgerungen vermöge seiner ärztlichen Sachkunde gelangen. Dass es sich hierbei nur um nebensächliche Fragen gehandelt habe, welche zufällig und unbeabsichtigt in das Protocoll aufgenommen seien, kann schon deshalb nicht angenommen werden, weil der ganze Inhalt der mündlichen Aussage in dem oben mitgetheilten besteht. Da hiernach von dem vernehmenden Richter die Abgabe eines sachverständigen Gutachtens erfordert und von dem Beschwerdeführer demgemäss auch das Gutachten erstattet ist, so hat der Beschwerdeführer auch Anspruch auf die Gebühren eines Sachverständigen. Dass dem Beschwerdeführer der Sachverständigeneid nicht abgenommen worden ist, ist für die Gebührenfrage unerheblich. Der Beschwerde war daher stattzugeben. Die Kostenentscheidung gründet sich auf § 6 Gerichtskostengesetz. (O. L. G. Hamm. II. 1. VII. 1904.)

Ztschr. f. Medicinal-Beamte. Beilage Nr. 19, pag. 217.

§§ 445, 475.

Der Eid darf nicht blosse Urtheile oder blosse Schlussfolgerungen des Schwurpflichtigen zum Gegenstande haben. Das ist nicht der Fall, wenn er betrifft die Wahrnehmungen, die der Schwurpflichtige hinsichtlich der Zusammensetzung und Bestandtheile einer Waarensendung gemacht hat, und im Zusammenhang damit das Urtheil, das sich der Schwurpflichtige auf Grund der Besichtigung und vermöge seiner Warenkunde über deren Probewidrigkeit und Minderwerthigkeit gebildet hat. (R. G. II. 28. Juni 1904.)

D. R. pag. 532. Entsch. Nr. 2308.

§§ 607, 632; G. V. G. 143.

Für die Staatsanwaltschaft besteht in Ehe- und Entmündigungssachen kein Anwaltszwang. Zur Mitwirkung in den einzelnen Instanzen ist — auch bei



Klagen auf Nichtigkeit einer Ehe — die dem betr. Gerichte beigeordnete Staatsanwaltschaft berufen. (O. L. G. Braunschweig. 3. VI. 1904.)

D. R. pag. 338. Entscheid. Nr. 1559.

§ 650.

Die allgemeine Fassung der Vorschrift schliesst die Annahme aus, dass nur Verhältnisse familiärer und ähnlicher Art in Betracht zu kommen hätten. —

Im vorliegenden Falle ist durch die Aeusserungen des Vorstandes der Irrenanstalt festgestellt, dass X. mit Rücksicht auf seinen Zustand besonderer Pflege bedarf und nur in der Anstalt vernommen werden kann. Die grosse Entfernung der beiden Amtsgerichte lässt eine Vernehmung des X. in der Anstalt durch das mit der Entmündigung betraute Amtsgericht nicht ausführbar erscheinen. Es liegen also besondere, zu dem Aufenthalte des zu Entmündigenden in dem Bezirke eines anderen Gerichts hinzutretende Umstände vor, die die Ueberweisung erforderlich erscheinen lassen, um die Vernehmung des X. durch das entscheidende Gericht zu sichern. Darauf, dass X. sich in einer Anstalt befindet, kommt es hierbei an und für sich allerdings nicht an. Die gleichen Erwägungen können auch dann zutreffen, wenn sich der Kranke zwar ausserhalb des Bezirks des an sich zuständigen Gerichts, aber nicht in einer Anstalt befindet. — Die Ueberlastung einzelner Amtsgerichte, in deren Bezirke eine Irrenanstalt liegt, kommt nicht in Betracht gegenüber der Gewährung der Sicherheit des Verfahrens, die darin liegt, dass derjenige Richter die Entscheidung trifft, der den zu Entmündigenden vor Augen gehabt und vernommen hat. (Oberstes L. G. Bayern 2. C. S. 23. IV. 1902.)

Seuffert's Archiv. IV. S. 85. Entsch. Nr. 48.

§ 653.

Dass es ausgeschlossen sei, dass ein Antragsteller im Entmündigungsverfahren in demselben als Zeuge vernommen werde, schreibt das Gesetz nicht vor. Der Antragsteller ist nicht Partei in diesem Verfahren. Dasselbe hat nicht die Natur eines Rechtsstreits, der zwischen Parteien verhandelt wird und in welchem eine mündliche Verhandlung stattfindet. Das Verfahren ist ein, wenn auch auf Antrag stattfindendes, Officialverfahren. (R. G. IV. 3. XII. 1903.) D. R. pag. 80. Entsch. Nr. 375.

§§ 653, 663, 567.

Der Antragsteller hat kein besonderes Rechtsmittel gegen die einzelnen Verfügungen des Gerichts wie gegen die Ablehnung von Beweisanträgen; es steht ihm lediglich die Beschwerde gegen den Beschluss zu, durch welchen die Entmündigung abgelehnt wird (C. P. O. § 663). Mit der Beschwerde gegen einen solchen Beschluss kann der Antragsteller insbesondere auch geltend machen, dass behufs ordnungsmässiger Erledigung der Angelegenheit noch weitere Ermittelungen anzustellen und noch andere Beweise zu erheben gewesen seien; vorher aber ist in dieser Beziehung eine Beschwerde nicht gegeben. (O. L. G. Dresden. 6. C. S. 28. IX. 1903.)

Seuffert's Archiv. IV. S. 421. Entsch. Nr. 243.

§§ 654, 671.

Die Processordnung für das Verfahren in Entmündigungssachen enthält keine besonderen Vorschriften, wonach das B. G. gezwungen wäre, mit der Erhebung von Sachverständigenbeweisen fortzufahren, selbst wenn es die im vom Standpunkte einer wissenschaftlichen und einer besonderen practischen Erfahrung durch einen Sachverständigen zu gebende Aufklärung aus dem vorgetragenen Gutachten bereits in ausreichendem Maasse gewonnen zu haben glaubt. Dies kann als von der Gesetzgebung gewollt schon aus dem Grunde nicht gelten, weil nach § 671 Abs. 2 es sogar in das Ermessen des Gerichts und darum auch des B. G. gestellt ist, das in dem amtsgerichtlichen Entmündigungsverfahren eingeholte Gutachten als einziges Gutachten der Entscheidung zu Grunde zu legen (vergl. Urtheil des III. C. S. vom 17. März 1896 Juristische Wochenschrift S. 249[14]). Dadurch also, dass im vorliegenden Falle der B. R. sowohl das im amtsgerichtlichen Verfahren als auch das in der Vorinstanz erstattete Gutachten der Entscheidung zu Grunde legte, und beide Gutachten in Verbindung mit einander für erschöpfend ansah, ist den als verletzt bezeichneten Vorschriften der §§ 671 und 654 in jedem Falle Genüge geschehen. — — (R. G. 14. III. 1904.) J. W. 210.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **77. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte in Meran, 24.—30. September 1905.** Der Vorstand der Abtheilung für Neurologie und Psychiatrie ladet zu den Verhandlungen der Abtheilung ein. Da den späteren Mittheilungen über die Versammlung, die im Juni zur



Versendung gelangen, bereits ein vorläufiges Programm der Verhandlungen beigefügt werden soll, so sind Vorträge und Demonstrationen — namentlich solche, die grössere Vorbereitungen erfordern, wenn möglich bis zum 15. Mai bei dem einführenden Vorstandsmitglied Sanitätsrath Dr. N. von Kaan, Meran, Sanatorium Martinsbrunn, anzumelden. Vorträge, die erst später, insbesondere erst kurz vor oder während der Versammlung angemeldet werden, können nur dann noch auf die Tagesordnung kommen, wenn hiefür nach Erledigung der früheren Anmeldungen Zeit bleibt; eine Gewähr hiefür kann daher nicht übernommen werden.

Die allgemeine Gruppirung der Verhandlungen soll so stattfinden, dass Zusammengehöriges thunlichst in derselben Sitzung zur Besprechung gelangt; im übrigen ist für die Reihenfolge der Vorträge die Zeit ihrer Anmeldung massgebend.

Da auch auf der bevorstehenden Versammlung, wie seit mehreren Jahren, wissenschaftliche Fragen von allgemeinem Interesse soweit wie möglich in gemeinsamen Sitzungen mehrerer Abtheilungen behandelt werden sollen, so sind auch Wünsche für derartige, von der Abtheilung zu veranlassende gemeinsame Sitzungen an Herrn San.-Rath Dr. von Kaan zu übermitteln.

— **Metz**, 13. April. Ueber die Heilungswunder in Lourdes hielt Dr. Boissarie, Direktor des „Feststellungs-Bureaus" in Lourdes, hier einen Vortrag mit Vorführung der angeblich Geheilten, zu denen auch die Frau Rouchel von hier gehört, in Lichtbildern. Am Abend vorher hatte der Vortragende an einer Sitzung im Aerzteverein theilgenommen. In diesem wurde beschlossen, auf Einsetzung einer internationalen Kommission durch den internationalen Aerztekongress, der in diesem Sommer in Paris zusammentreten soll, (?) zur Untersuchung der angeblich Geheilten hinzuwirken. Der Vortragende erklärte die Heilungen durch Suggestion und festen Glauben, ganz ähnlich wie Strauss, Renan, Schenkel u. a. die Wunder Christi.

Frankfurter Ztg. N. 107, 17. April 1905.

— **Bern**, 12. April. Das Bundesgericht hat eine wichtige Entscheidung gefällt. Ein dreissigjähriger Basler wollte sich verheirathen, seine Mutter erwirkte aber vom Zivilgericht und vom Appellationsgericht ein Eheverbot wegen Blödsinns. Der junge Mann recurirte an das Bundesgericht und dieses bestätigte das Urtheil der Basler Gerichte. Das Bundesgericht interpretirte den Begriff des „Blödsinns" sehr weit, indem es sich nicht daran kehrte, dass der Ehecandidat Militärdienst geleistet hat, im Metzgerhandwerk, sowie als Schütze nicht ungeschickt war, auch Briefe copiren kann. Zur Eingehung einer Ehe erachtet das Gericht die Einsicht in die mit der Ehe verbundenen Aufgaben und Pflichten als erforderlich. Auch ein Schwachsinn mittleren Grades sei zum Eheverbot hinreichend, es bedürfe hierzu durchaus nicht völliger Verblödung. Diese Entscheidung ist von grosser praktischer Tragweite.

(Frankfurter Ztg Nr. 107, 17. April 1905.)

— **Niederösterreich**. Von Seiten der Landes-Irrenanstalt Mauer-Oehling wurden bereits 200 Kranke der Familienpflege übergeben. Dieses bisher unerreichte Ergebniss der erst über 2 Jahre in Mauer-Oehling bestehenden Familienpflege (siehe Jahrgang IV, S. 259 dieser Zeitschrift) hat die niederösterreichische Landesverwaltung veranlasst, mit der gleichen Einrichtung bei der Pflegeanstalt Ybbs vorzugehen. — Für den Bau der neuen Wiener Irrenanstalt in Ottakring sind die Vorarbeiten nun fertiggestellt und haben die eigentlichen Bauarbeiten begonnen.

— **Das Treiben der amerikanischen „Holy Rollers"**. Unser Newyorker Korrespondent schreibt: Der Unfug, den die neue excentrische amerikanische Religionssecte, die den Namen „Holy Rollers" oder etwa „Heilige Rollmöpse" führt, seit einiger Zeit im Westen der Vereinigten Staaten treibt, ist wirklich haarsträubend. Kürzlich berichteten wir bereits von dem Missionär der Sekte, der nach San Franzisko kam und sich dort so unbeliebt machte, dass man ihn mittels „Teeren und Federns" nach alter Sitte seinem gemeingefährlichen Treiben entziehen musste. Jetzt wird aus dem Städtchen Morgantown in Ohio, wo ein Hauptsitz der verrückten Sekte ist, von einem Versuch der Glaubensheilung durch „Holy Rollers" berichtet, der nahezu ein Menschenleben gekostet hätte. Dort lebt nämlich ein 16jähriges blindes Mädchen Namens Anni Kellison, welches die fanatischen Heiligen durch Gebete wieder sehend zu machen beschlossen hatten. Sie nahmen also das Mädchen in das leerstehende Verwaltungsgebäude des Country, schlossen sich dort mit ihr ein und hielten vier volle Tage und Nächte lang ihre Entzückungsversammlungen ab! Der Spektakel, den die frommen „Rollmöpse" bei der Gelegenheit verübten, war so arg, dass man im ganzen Orte schliesslich überzeugt war, die Leute hätten ihr bisschen Verstand völlig verloren, ausserdem fürchtete man direct für das Leben des armen Mädchens, das sich unter ihren Händen befand und weder etwas zu essen noch zu trinken bekam. Die Stadtväter beschlossen also, da man sie nicht gutwillig einliess, sich mit Gewalt den Zutritt zu erzwingen. Man schlug mit Aexten die Thüren ein und machte von den mitgebrachten Knüppeln Gebrauch, um die bis zum Wahnsinn in Extase gerathenen Brüder und Schwestern aus dem Locale zu entfernen. Das blinde Mädchen, das bereits nahezu verschmachtet war, konnte den verdrehten „Rollmöpsen" nur mit Gewalt entrissen werden und befindet sich in einem kritischen Zustand. Man sieht, das mittelalterliche Flagellantenthum ist auch im 20. Jahrhundert noch nicht ausgestorben und erlebt merkwürdigerweise gerade im Dollarlande seine jüngste Wiederauferstehung. (Berliner Tageblatt.)

— Die Heilstätte **„Waldfrieden"** bei Fürstenwalde a. d. Spree, welche vom Berliner Bezirksverein gegen den Missbrauch geistiger Getränke vor fast 5 Jahren ins Leben gerufen ist, hat jüngsthin eine Erweiterung erfahren, welche besonders in psychiatrischen Kreisen Beachtung verdient und deshalb hier hervorgehoben werden soll. Einmal ist die Heilstätte der Leitung eines psychiatrisch vorgebildeten Arztes, Dr. Dankwardt, unterstellt, und ferner sind dem

bisher offenen Hause drei Neubauten mit geschlossenen Abtheilungen angegliedert. Die Heilstätte „Waldfrieden" steht somit als erste und einzige Specialanstalt für Alkoholkranke da, welche den wichtigen Schritt vorwärts gethan hat, Häuser mit geschlossenem Charakter einzurichten. Es ist dies auf Grund von Vereinbarungen geschehen, welche mit den Provinzialbehörden Brandenburgs und Sachsens getroffen worden sind, wonach aus den Landesirrenanstalten diejenigen Geisteskranken, die ihre Psychose dem Alkohol verdanken, und welche Aussicht auf Besserung bieten, überwiesen werden sollen. Dadurch werden die Alkoholkranken (wie die Epileptischen) den Irrenanstalten, in die sie nicht gehören, entzogen und specialistischer Behandlung einem alkoholfreien Milieu, überwiesen. Es soll der Charakter der Heilstätte gewahrt bleiben, mithin alle stark verblödeten Kranken von der Aufnahme ausgeschaltet werden. Da Werth darauf gelegt wird, möglichst frische Fälle zu erhalten, so wird der Aufnahme von Alkoholdeliranten gern entgegen gesehen, überhaupt eine directe Aufnahme von Alkoholpsychosen jeder Art befürwortet, welche hier in Behandlung und Beobachtung gelangen, um, sofern sich die Unheilbarkeit herausgestellt hat, sie von hier aus den Irrenanstalten als Pfleglinge zuzuführen.

Die Heilstätte „Waldfrieden" zeichnet sich nicht nur durch prächtige Lage auf einem grossen, bewaldeten Areal, sondern auch durch hübsche innere Einrichtungen aus; die Häuser sind modern und zweckmässig im Landhausstyl erbaut und bieten für 150 Betten Platz, sie dürften allen Anforderungen entsprechen, die an derartige Anstalten gestellt werden; Centralheizung, elektrisches Licht pp. fehlt nicht. Es sei noch hinzugefügt, dass sich die Landesversicherungsanstalt Berlin mit 70000 Mark, die Landesversicherungsanstalt der Provinz Brandenburg mit 150000 Mark daran betheiligt hat.

Referate.

— Zenner: A case of alexia. Journ. of Nerv. a. Ment. Disease. Vol. XXXI. 1904. S. 89.

Verf. hatte Gelegenheit, einen ungewöhnlich reinen Fall von Alexie zu beobachten. Diese hatte sich bei einem 63 Jahre alten Manne plötzlich eingestellt. Zugleich bestand rechtsseitige Hemianopsie und gelegentlich leichte paraphasische Störungen. Der Pat. konnte nur einzelne Buchstaben lesen, aber auch nicht immer. Gewisse Buchstaben machten besondere Schwierigkeiten, grosse wurden besser gelesen als kleine. Auch Worte, die aus zwei Buchstaben bestanden, konnten bisweilen gelesen werden. Schreibvermögen erhalten. Die Läsion sitzt wahrscheinlich im linken Hinterhauptslappen.

Schütte-Osnabrück.

— Hunt: Case of juvenile apoplexy with autopsy. Publ. of Cornell University Medical College. 1904. Vol. I. S. 9.

Ausgedehnte Haemorrhagie in der inneren Kapsel und den grossen Ganglien bei einem 21jährigen Manne. Die Hirnarterien waren gleichmässig verdickt, besonders die Media, stellenweise waren auch Wucherungen der Intima vorhanden. Ausserdem fand sich eine parenchymatöse Nephritis und Hypertrophie des linken Ventrikels. Schütte-Osnabrück.

Berichtigung.

In der Beilage zu Nr. 47 (4. Febr. 1905) der Psychiatr.-neurol. Wochenschr. findet sich ein sinnstörender Fehler: Die Scala links, welche die Reactionszeiten in Sekunden angeben soll, ist um die Hälfte zu klein. Anstatt „1 sec." sollte es heissen „1/2 sec.", statt „2 sec." „1 sec." u. s. f. Die längste Reactionszeit auf Tabelle I beträgt 5 Secunden. Der höchste Punkt der Tab. II entspricht 15 Secunden.

Isoform.

Isoform-Bezeichnung für para — Jodoanisol $C_6 H_4 OCH_3 JO_2$ — ist ein farbloses, schwach nach Anis riechendes Pulver, in Wasser schwer löslich, in Alcohol, Aether etc. so gut wie unlöslich; es lässt sich, ohne sich zu zersetzen, trocken auf 200° C erhitzen und ist nach allen bisherigen Beobachtungen sowohl bei äusserlicher wie bei per os-Verwendung, bei letzterer in Dosen von täglich 0,5—2 gr und mehr ungiftig. Isoform kommt als Dauerantiseptikum und Desodorans in Anwendung. Isoformpulver (Isoform pur. Calc. phosph. āā) wirkt durch oberflächliche Aetzung von secernirenden Wunden und Reinigung und Desedorirung jauchiger, stark inficirter. Für die intacte Haut ist es reizlos. Isoformgaze (1%, 3%, 10%) kommt entsprechend der Stärke der Secernirung der Wunden in der stärkeren Concentration zur Verwendung. Bei der 3- und 10%-Isoformgaze ist eine Sterilisirung nicht nöthig. 1%ige dient auch zur intraabdominellen Behandlung. Isoformpaste (Isoform pur., Clycerin āā) dient zur Sicherung der Sterilisation der Hände bei Operationen und der Sterilisation der Haut des Operationsgebietes. Isoformpulver und -paste können zur Herstellung von Salben, Emulsionen, Glycerinsuspensionen und Stäbchen verwandt werden. 1—2%ige Emulsionen dienen zur Behandlung von Cystitis, 2%-Isoformpulver mit Vaselin statt Schwarzsalbe (Höllensteinsalbe) als Geschwürssalbe u. dergl. — Isoformkapseln (zu 0,5 gr Isoformpulver, täglich 1—4 Kapseln, innerlich) wirken im Magendarmkanal antiseptisch; es gibt ungehärtete (im Magen lösliche) und gehärtete (erst im Darm lösliche) Isoformkapseln. Nach Heile wirkt Isoform im Gegensatze zu anderen Antisepticis auch in stark eiweisshaltigen Medien äusserst energisch auf Bacterien. Bei einem Patienten mit Anus praeternaturalis fand Heile in 2—4 Stunden nach der Eingabe die Bacterienentwicklung stark gehemmt, zuweilen ganz unterdrückt. An der chirurgischen Universitätsklinik in Breslau (Prof. v. Miculicz) wird Isoform in grosser Ausdehnung gebraucht. Näheres über dieses neue von den Farbwerken Meister Lucius & Brüning zu Höchst a. Main in den Handel gebrachte Mittel findet sich in der Volkmann'schen Sammlung klinischer Vorträge No. 388 (Chirurgie No. 107): Experimentelle Prüfung neuerer Antiseptica mit besonderer Berücksichtigung des Parajodoanisols (Isoforms), von B. Heile (aus der chirurgischen Universitätsklinik und der chemischen Abtheilung des physiologischen Instituts zu Breslau).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 6. 6. Mai. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ist Frau Kracht, wenn sie die Verfasserin der Lemgoer anonymen Briefe gewesen ist, für geisteskrank zu erachten?

Von Sanitätsrath Dr. *Wagemann.*

Bei Gelegenheit des jüngst vor dem Schwurgerichte in Detmold verhandelten Processes gegen die Ehefrau Kracht geb. W. zu Lemgo wegen Beleidigung durch anonyme Briefe und Meineid ist nicht nur in der Presse vielfach die Ansicht vertreten, dass die Genannte, falls sie wirklich die zahlreichen anonymen Briefe geschrieben, geisteskrank oder mindestens in hohem Grade geistig minderwerthig sein müsse, sondern es ist auch aus psychiatrischen Kreisen gegenüber der Staatsanwaltschaft in Detmold der Meinung schriftlich Ausdruck gegeben, es sei ganz zweifellos, dass die Verfasserin dieser anonymen Briefe geisteskrank sein müsse.

Die Schwierigkeit, in einem so complicirten Falle sich ein sicheres Urtheil aus den Zeitungsnachrichten zu bilden, liegt auf der Hand; es glaubt deshalb der Verfasser dieser Zeilen, der als Sachverständiger über den Geisteszustand der Frau Kracht vor dem Schwurgericht sein Urtheil abzugeben hatte, die Gelegenheit nehmen zu sollen, seine Ansicht über diesen für den Fernstehenden unerklärlichen Fall hier zu äussern und zu vertreten. Das Schwurgericht hat freilich bereits sein Urtheil gesprochen; doch ist, soweit dem Verfasser bekannt, noch nicht entschieden, ob eine Revision Anlass zu einer nochmaligen Schwurgerichtsverhandlung geben wird; jedenfalls ist der Verfasser dieses Aufsatzes nicht in der Lage zu entscheiden, ob Frau Kracht wirklich die Schreiberin der Briefe gewesen ist, sondern er will nur die Frage erörtern, ob Frau Kracht, wenn sie die Briefe geschrieben, geistig minderwerthig sein muss, oder ob gerade bei ihr sich die Urheberschaft der Briefe auf normale psychologische Motive zurückführen liesse.

Der Thatbestand ist, kurz gesagt, folgender: Seit Ende des Jahres 1896 wurden in Lemgo eine grosse Anzahl anonymer Briefe an Angehörige der besseren Gesellschaftskreise gesandt, die zum nicht geringen Theile Beleidigungen gegen eine Reihe angesehener Persönlichkeiten enthielten und grosse Unruhe und Entrüstung in der kleinen Stadt erregten. Der Verdacht der Urheberschaft fiel zunächst auf mehrere Damen; es wurde daher auch einmal im Hause dieser Damen Haussuchung gehalten, die resultatlos verlief. Ein Theil der Lemgoer hielt aber den jetzigen Ehemann der Verurtheilten für den Thäter; dieser Ehemann, Herr Kracht, strengte bereits im Jahre 1898 einen Process wegen Beleidigung gegen den Gatten einer jener auch in Verdacht stehenden Damen an, da dieser Herrn Kracht direct als Urheber bezeichnet hatte. Der Process endete mit der Verurtheilung des Beklagten, weil er den Beweis, Herr Kracht sei der Thäter gewesen, nicht führen konnte. Herr Kracht und Fräulein W. sagten hierbei unter Eid aus, sie hätten keine Kenntniss von dem oder den Urhebern der anonymen Briefe; diese eidliche Versicherung wurde bei einer späteren Gerichtsverhandlung wiederholt.

Die Briefe flogen weiter in der Stadt umher bis zum Jahre 1899; dann kam eine etwa vierjährige Pause, kein „anonymer“ erschien. Plötzlich im Jahre 1903 tauchten die Briefe wieder auf; waren sie früher grösstentheils mehr läppisch, albern, vielleicht mit etwas Bosheit getränkt, so war die zweite Serie der Briefe vielfach geradezu niederträchtig und gemein. Der früher schon bestehende Verdacht gegen Herrn Kracht, der sich inzwischen mit Fräulein W. verheirathet hatte, wurde durch mancherlei Umstände verstärkt; es wurde in seinem Hause Haussuchung gehalten, die mehrere Löschblätter mit Abdrücken einer ganzen Reihe von Worten und Sätzen aus den



anonymen Briefen in die Hände der Staatsanwaltschaft lieferte. Auf Grund dieses Löschblattfundes und mancher sonstiger gravirender Momente wurde Herr Kracht verhaftet und längere Zeit in Untersuchungshaft behalten. Anonyme Briefe wurden auch jetzt, freilich im Ganzen nicht so viele wie früher, abgesandt, und diese Briefe gingen immer nur an Personen, die der Familie K. sehr nahe standen, von denen also anzunehmen war, dass sie die Briefe zweifellos zur Rechtfertigung des Inhaftirten benutzten. Es wurde jetzt auch Frau Kracht zweimal verhaftet, jedesmal aber auf Grund der Beschwerde ihrer Vertheidigung wieder frei gelassen.

Während Frau Kracht in Haft war, kamen keine sogenannten Alibibeweise. Im März dieses Jahres wurden Beide vor das Schwurgericht in Detmold gestellt unter der Anklage des Meineids und der Beleidigung; die dreiwöchentliche Verhandlung endete mit völliger Freisprechung des Herrn Kracht und Verurtheilung der Frau Kracht zu anderthalb Jahr Zuchthaus wegen beider Verbrechen.

Dies ist ganz summarisch dargestellt der Thatbestand, soweit er dem Verfasser bekannt ist; dieser muss es sich versagen, auf die Fülle theilweise sehr interessanter Einzelheiten einzugehen; es ist nicht seine Absicht, den Schwurgerichtsfall Kracht zu beschreiben, sondern nur seiner Meinung über den Geisteszustand der Verurtheilten Ausdruck zu geben.

Eine irgend nennenswerthe Disposition zu Geistes- oder Nervenkrankheiten in der Familie der Frau K. liegt nicht vor: Der Vater litt an Verkalkung der Coronararterien, wie durch ein Röntgenbild festgestellt; er starb an dieser Krankheit und hatte zweifellos in Folge von Aufregung über die anonymen Briefe mehrere Jahre vor seinem Tode einen leichten, schnell vorübergehenden apoplektiformen Schwindelanfall. Er war im Übrigen bis zu seinem Tode geistig völlig gesund, ein überall hochangesehener Bürger und tüchtiger Geschäftsmann. Mutter und Brüder der Frau Kracht leben und sind gesund. In der Generation des Vaters der Frau K. hat ein Glied an Echinococcus im Gehirn und dadurch herbeigeführter Psychose gelitten. In der Generation des Grossvaters der Frau Kracht soll ein Fall von Suicid vorgekommen sein, von dem jedoch versichert wird, dass die That nicht in einem Anfall von Geistesstörung, sondern aus bestimmten äusseren Gründen geschehen sei.

In derselben Generation litt ein Seitenglied an allgemeiner progressiver Paralyse. Nach dieser Feststellung, die sich über sämmtliche Familienmitglieder dreier Generationen erstreckt, glaubt der Verfasser sich berechtigt, eine irgend erhebliche Disposition zu Nervenkrankheiten in der Familie der Frau Kracht verneinen zu können.

Der Verfasser kennt Frau Kracht seit mehr als acht Jahren; er hat in ihrem elterlichen Hause, als sie noch unverheirathet war, später in ihrem eigenen Hause und Frau Kracht in des Verfassers Hause gesellschaftlich verkehrt. Wenn nun auch ein Psychiater nicht die Verpflichtung hat, jede Dame seines Verkehrs sofort auf ihren Geisteszustand zu untersuchen, so ergiebt sich in einer kleinen Stadt, wo die Gesellschaft eine annähernd constante ist, aus jahrelangem Verkehr doch ein gewisses Urtheil über die Mitglieder des ziemlich kleinen geselligen Kreises. Der Verfasser hat nun niemals irgend eine Veranlassung gehabt, die geistige Vollwerthigkeit der Frau Kracht anzuzweifeln. Frau Kracht, die stets hier in Lemgo gelebt hat, ist nun ferner von Kindesbeinen an durch mehrere Hausärzte beobachtet; sie hat als junges Mädchen einen schweren Gelenkrheumatismus und ein langwieriges Augenleiden durchgemacht; sie hat also schon oft ärztliche Hülfe in Anspruch nehmen müssen, aber keinem der Collegen ist irgend eine Eigenart, eine Absonderlichkeit während jahrelanger Bekanntschaft aufgefallen; nur betont der eine College, Frau Kracht habe schon als junges Mädchen grosse Energie bewiesen; hätte sie sich einmal etwas vorgenommen, so habe sie es mit äusserst zäher Willenskraft durchzuführen gewusst. Frau Kracht machte nun im Jahre 1901 eine sehr schwere Entbindung durch, der ein 8 Monate langes Krankenlager folgte. In dieser ganzen Zeit ist sie so sorgfältig ärztlich beobachtet, wie wohl selten eine Kranke; der behandelnde Arzt sagte, während einer längeren Zeit habe er durchschnittlich pro Tag 10 Besuche ihr gemacht; Stunden lang habe er bei Tage und bei Nacht an ihrem Bette gesessen, aber niemals habe sich auch nur das geringste Symptom einer nervösen oder psychischen Schwäche oder Anomalie geltend gemacht; keine besondere Reizbarkeit, kein Bestreben, ihre Leiden und Beschwerden zu vergrössern, habe Frau Kracht gezeigt, sie habe die Krankheit mit Geduld ertragen, habe, sobald sie wieder etwas zu Kräften gekommen, guten Humor bewiesen und nach keiner Richtung hin nervöse Beschwerden geäussert.

Trotzdem haben der Verfasser und zwei gleichfalls zur Begutachtung vom Gerichte zugezogene Collegen, Dr. M.-Berlin und Dr. C. aus Detmold, Frau Kracht in Bezug auf irgendwelche nervöse besonders auch hysterische Symptome einer Untersuchung und einem eingehenden Examen unterzogen. Wir gingen



von der Überlegung aus: findet man irgend welche nennenswerthe Symptome, die auf Hysterie deuten, so muss Frau Kracht einer längeren Beobachtung in einer Anstalt unterzogen werden. Wir prüften Sensibilität, Reflexe, Gesichtsfeld, Wärmeempfindung, fragten nach Globus-, Clavus-Erscheinungen, Schwindel, Ohnmachten, Lach- oder Weinkrämpfen, Geschmacksanomalien etc. etc., aber auch nicht die geringste Abnormität war festzustellen. Frau Krachts Auffassungsgabe war hierbei eine schnelle und sichere, ihre Gemüthsstimmung eine den Verhältnissen völlig adäquate, und betheuerte sie auf das Lebhafteste ihre Unschuld an den anonymen Briefen.

Wenn nun nach keiner Richtung hin eine psychopathische Minderwerthigkeit, geschweige denn irgend ein Hinweis auf eine Psychose festzustellen war, so galt es die Frage zu beantworten: Ist es möglich, dass eine sonst völlig unbescholtene Dame aus angesehener, guter Familie nicht nur diese Unzahl z. Th. gemeiner und niederträchtiger Briefe schreibt und an ihr nahestehende Personen sendet, sondern auch zwei Meineide schwört aus rein normal psychologischen Motiven? Diese Möglichkeit will der Verfasser in Nachstehendem zu beweisen suchen. Der Verfasser betont nochmals, dass er nicht über die Schuld oder Unschuld der Frau K. ein Urtheil abzugeben sich berufen fühlt, sondern dass er in folgenden Ausführungen die für ihn als Psychiater offene Hypothese als richtig voraussetzt, dass Frau Kracht die Urheberin der Briefe sei. In diesem Falle wäre eine einzige Voraussetzung nöthig, die aber im Laufe des Processes durch Zeugenaussagen und sonstige Thatsachen sehr wahrscheinlich gemacht war, dass Frau Kracht ihren jetzigen Ehemann schon von Jugend auf glühend geliebt hat und der Besitz dieses Mannes schon Jahre lang ihr Lebensziel gewesen ist; aus dieser Voraussetzung erklärte sich die Schreiberei in folgender Weise: Der Anfang der anonymen Briefe fällt in eine Zeit, wo sich das damalige Frl. W. mit einem Dr. X verlobt, die Verlobung nach drei Wochen aber wieder rückgängig gemacht hatte; wenn man diese Verlobung als mehr oder weniger zum Schein eingegangen ansehen will, so stimmt sie mit der obigen Annahme, da derartige Scheinverlobungen wohl nicht ganz selten sind, um dem eigentlich Geliebten Gelegenheit zu geben, seine inneren Gefühle für die Betreffende mal wirklich zu prüfen. In den Kreisen, in denen Frl. W. verkehrte, galt es nun damals für wahrscheinlich, dass Herr Kracht sich für eine andere Dame Frl. Y. interessirte, dieses Interesse musste von Frl. W. für immer beseitigt werden; zu diesem Zwecke wären denn zuerst die Anonymen geschrieben und der Verdacht der Urheberschaft von Frl. W. mit Bedacht auf Frl. Y. gelenkt, in der richtigen Annahme, Herr Kracht werde die Verfasserin dieser hässlichen Briefe nicht heirathen.

Der Inhalt der Briefe beschäftigte sich in erster Linie mit Herrn Kracht und Frl. W.; das Motiv liegt nahe: die Gemeinsamkeit der Verfolgung durch den bösen Anonymus sollte bei Herrn Kracht Interesse und Sympathie für die Mitverfolgte erwecken. Der Verdacht, der von Frl. W. auf Frl. Y. gelenkt war, wurde von den Bewohnern Lemgos z. Th. getheilt, von den Verwandten des Frl. Y. aber auf Herrn Kracht gerichtet; es ergab sich, wie bereits gesagt, hieraus die Gerichtsverhandlung, in der Herrn Kracht die Urheberschaft der Briefe nicht nachgewiesen wurde, sondern der Verwandte des Frl. Y., der die Verhandlungen provocirt hatte, wegen Beleidigung zu einer Geldstrafe verurtheilt wurde. Frl. W. war auch als Zeugin geladen, sie war in dem Termin aufgefallen durch die Lebhaftigkeit, mit der sie die Unschuld des Herrn Kracht betheuerte; sie musste damals vom Richter mehrfach ersucht werden, nicht ungefragt in die Verhandlung hereinzureden. Zu dieser Erregung hätte sie doppelten Grund gehabt, einmal galt es dem geliebten Mann, dessentwegen sie selbst die ganze Schreiberei begonnen, von dem ungerechten Verdachte zu reinigen, und zweitens wurde die Sache, die bis dahin noch relativ harmlos gewesen, für sie jetzt sehr ernst.

Sie musste schwören, sie wisse von der Urheberschaft nichts. Sollte nun sie, auf der damals noch durchaus kein Verdacht ruhte, hervortreten und sagen: hier seht mich an, ich bin die Thäterin? Dann gab sie sich einmal der Verachtung der ganzen Lemgoer Gesellschaft preis, und dazu fehlte ihr der moralische Muth, und vor allem, und das war für sie gewiss die Hauptsache: Herr Kracht, dessentwegen sie die ganze Intrigue begonnen, war für sie für immer verloren; denn gerade auf der Annahme fussend, Herr Kracht werde die Schreiberin der Anonymen nicht heirathen, hatte Frl. W. die Briefe geschrieben und den Verdacht auf ihre Rivalin gelenkt: Also, wenn sie ihr Lebensziel, die Gattin des Herrn Kracht zu werden, nicht völlig aufgeben wollte, musste der Meineid geschworen werden, und so wurde das Verbrechen begangen. Bei einer späteren Verhandlung wurde Frl. W. wieder in Bezug auf ihr Wissen über den Urheber der Briefe eidlich vernommen; der zweite Meineid mag ihr vielleicht schon leichter geworden sein.

Die Briefe kamen weiter, der Urheber wurde nicht entdeckt; die Briefe kamen bis zum Tage der



Verlobung des Frl. W. mit Herrn Kracht. Da war das Ziel erreicht, da hatten die Briefe für Frl. W. zunächst keinen Zweck mehr. Vielleicht mag sie sich vorgenommen haben, die unselige Schreiberei nunmehr zu lassen, aber wenn sie das gethan, so hatte sie sich über ihr eigenes Seelenleben getäuscht. Es kam nun für Frl. W. die Brautzeit, die erste Zeit der Ehe, die Schwangerschaft, die sehr schwere Entbindung mit langem, langem Krankenlager, alles Ereignisse, die die nunmehrige Frau Kracht vollauf in Anspruch nahmen und ihr keine Zeit zum Nachdenken und Grübeln über das Geschehene liessen. Aber im Laufe von vier Jahren wurde nun das äussere Leben der Frau Kracht ruhiger, die Abwechslungen, die die Kleinstadt bietet, sind nicht gross, der Gatte wurde stundenlang durch das Geschäft, durch jagdliche Ausflüge und sonstige Geselligkeit von der Seite der Frau fern gehalten, die finanzielle Lage liess Ablenkung der Gedanken durch angestrengte Thätigkeit im Hause nicht zu, und da kamen die einsamen Stunden; je öfter die Einsamkeit kam, desto lebendiger wurde es im Inneren der Frau. Man braucht die Religiosität der Frau gewiss nicht allzuhoch anzuschlagen; wenn man aber bedenkt, dass in den besseren bürgerlichen Kreisen unserer Kleinstädte die Lehren der Kirche im Allgemeinen für richtig und zutreffend gehalten werden, dann kann man sich einen Begriff davon machen, was für Seelenqualen die meineidige Frau in einsamen Stunden erduldet hat. Sie, die Tochter hochachtbarer, hochangesehener Eltern, die in der Heimathsstadt zur Elite der Gesellschaft gehörte, sie hatte eins der schwersten, gemeinsten Verbrechen begangen; sie hatte zwei Meineide geschworen; sie war eine Verbrecherin niedrigster Art und dabei hatte sie die Gewissheit, niemals in ihrem Leben ihr Gewissen von dieser Folterqual erleichtern zu können, die Gewissheit, ohne Sühne, ohne Busse mit dieser schweren Sünde belastet einst vor den Richterstuhl des Ewigen treten zu müssen. Denn, sowie sie den Mund öffnete zu einem Geständniss, so war sie geschieden von dem geliebten Mann, dem zu Liebe sie alles, ihre Ruhe hier und ihr Seelenheil im Jenseits geopfert; ich glaube, wie gesagt, man braucht Frau Kracht für keine besonders fromme Frau anzusehen, wenn man sich eine Vorstellung machen will, wie schrecklich ihr die einsamen Stunden ohne Ablenkung, ohne stete neue Eindrücke waren. Das hielt sie nicht aus, sie musste Aufregung, Abwechslung, Thätigkeit haben, die ihr Denken und Sinnen in Anspruch nahm, die sie in beständiger, seelischer Spannung und Erregung hielten; dazu war eine neue Auflage der anonymen Briefe gut, und deshalb wurde wieder geschrieben. Der Charakter dieser Briefe zweiter Serie ist häufig auch viel niedriger, gemeiner. Die Frau, die niemals in der Zukunft eine ruhige Stunde mehr vor Augen sah, gönnte ihren Mitmenschen ihre Ruhe und Zufriedenheit auch nicht; sie musste Hass und Bosheit verbreiten, je erbitterter die anderen auf den Anonymus wurden, je schwerer sie gekränkt sich fühlten, je mehr Ruhe und Frieden gestört wurden, desto besser für die Schreiberin, dann hatten die anderen Menschen doch wenigstens hier auf Erden nichts vor ihr voraus.

Dazu kam nun gewiss oft die furchtbare Angst vor Entdeckung; wurde sie entdeckt, dann war für sie alles verloren, der geliebte Mann gehörte ihr nicht mehr, und sie hatte auch die Jugend ihres unschuldigen Kindes vergiftet, das als Kind der Meineidigen der Verachtung der Menschen anheimfiel; deshalb musste sie etwas thun, was für immer den Verdacht von ihr abwälzte. Als sie am Sterbebette ihres in Wirklichkeit zärtlich geliebten alten Vaters gestanden, dessen Herzleiden, wie allgemein angenommen wurde, den Aufregungen über die anonymen Briefe nicht gewachsen gewesen war, schlug ihr sicherlich das Gewissen unerträglich; jetzt gab es aber für sie die Gelegenheit, sich für immer von dem Verdachte zu reinigen. Wenn sie jetzt einen anonymen Brief schrieb, so würde jeder, der sie kannte, sagen: So herzlos, so gefühllos kann die zärtliche liebevolle Tochter nicht sein! — das musste wirken, das musste ihr Sicherheit vor Entdeckung geben — und so schrieb sie einen Brief und steckte ihn, während die Leiche des geliebten Vaters aufgebahrt im elterlichen Hause lag, in den Hausbriefkasten des vor wenigen Stunden Entschlafenen.

Diese That hat auch wirklich für lange Zeit gewirkt: Selbst als die verrätherischen beiden unscheinbaren Löschblätter bei der Haussuchung im Zimmer der Frau Kracht gefunden waren, fiel der Verdacht der Behörde zunächst auf ihren Mann; er wurde verhaftet und musste lange Zeit in Untersuchungshaft zubringen. Die Frage liegt nahe: Wie konnte die Frau es über sich gewinnen, ihren geliebten Mann, für den sie sich zur Verbrecherin gemacht, so lange unschuldig leiden zu lassen. Die psychologische Erklärung scheint nicht so sehr schwer. Erstens wusste die Schreiberin selbst nur zu genau, dass ihr Mann unschuldig war; sie sagte sich: Seine Unschuld muss und muss sich herausstellen, er muss wieder frei kommen, und dann ist er wieder mein eigen. Bekenne ich aber und gebe ihm so seine Freiheit wieder, so ist er auf immer für mich verloren, daher auch

die stets wiederholte Versicherung ihrer Unschuld bei dem Leben des Kindes, bei Allem, was ihr theuer ist; sie klammert sich mit aller Verzweiflung an die Hoffnung, jeden Keim des Verdachtes bei ihrem Manne zu ersticken durch die heiligsten Versicherungen. Mit zwei Meineiden hat sie ihres Mannes wegen ihr Gewissen belastet, sie ist doch eine Verbrecherin, eine Verlorene, wenn ihr nun nur noch ihr Gatte erhalten bleibt. Ohne ihn ist das Leben für sie eine noch grössere Qual als es jetzt schon ist.

Es ist nach Meinung des Verfassers durchaus nicht nöthig, dass die Liebe dieser Frau eine altruistische, das Glück des Geliebten als ihr eigenes Glück empfindende zu sein braucht; ihre Liebe ist eine egoistische, leidenschaftliche, den Besitz des Geliebten als höchstes Glück empfindende; sie ist aber das Hauptmotiv ihres ganzen Handelns gewesen. Hält man Frau Kracht einer solchen leidenschaftlichen Liebe für fähig, — der Verfasser wüsste nicht, weshalb man dies nicht sollte — so ergiebt sich als logische Consequenz der Meineid; glaubt man, dass dies Verbrechen ihr später das Gewissen unerträglich belastet hat, so ist auch die zweite Serie der Briefe psychologisch erklärt.

Liebe und Reue über ein nach Ansicht der Thäterin unsühnbares schweres Verbrechen sind aber nach des Verfassers Ansicht zwei durchaus auf dem Grunde eines normalen Seelenlebens erwachsene Motive, und da bei Frau Kracht keinerlei Anhaltspunkte für eine krankhafte Gemüths- oder Geistesanlage vorhanden sind, so ist der Schluss erlaubt: Ist Frau K. wirklich die Verfasserin der berüchtigten Lemgoer anonymen Briefe — die Geschworenen haben es mit mehr als 7 Stimmen angenommen — so ist sie nicht, wie vielfach in der Presse behauptet, zweifellos geistig gestört oder minderwerthig, sondern gerade bei ihr lassen sich vollständig normal psychologische Motive für die Anfertigung jener Briefe herbeibringen.

Ob dies bei einer anderen Persönlichkeit, für deren Schuld ein gerade so schwerwiegender Indicienbeweis geführt werden würde, wie er thatsächlich gegen Frau Kracht geführt ist, auch der Fall sein könnte, oder ob bei einem etwaigen anderen Thäter die Annahme der Schuld auch zu der Annahme einer geistigen Krankheit führen würde, ist natürlich eine offene Frage. Dem Verfasser lag nur daran nachzuweisen, dass gerade bei der Verurtheilten die Annahme, sie sei die Thäterin, nicht zu der Folgerung führen muss, sie sei geistesgestört.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung)

§ 664, 567.

Gegen den die Einleitung des Entmündigungsverfahrens wegen Geisteskrankheit aussprechenden Beschluss ist, da es sich um keinen der Fälle des § 567 C. P. O. handelt, eine Beschwerde überhaupt nicht gegeben. Die Einwendungen des zu Entmündigenden gegen das Verfahren sind vielmehr lediglich erst gegenüber einem, die Entmündigung aussprechenden Beschlusse gemäss § 664 C. P. O., und zwar vermittels Klage anzubringen.

Die Beschwerde war deshalb, gemäss § 574 C. P. O. als unzulässig zu verwerfen.

(Vergl. Gaupp-Stein zu § 649 C. P. O.)

Kosten § 97 C. P. O. (L. G. Bonn. I. Civilkammer. 3. VI. 1904.)

§§ 670, 671.

Die Vorschriften gelten auch für die Berufungsinstanz. (Auch in der Berufungsinstanz bedarf es zur Anhörung des Klägers der Zuziehung eines Sachverständigen.) (R. G. IV. 7. IV. 1904.)

D. R. pag. 338. Entscheid. Nr. 1560.

§§ 671, 654. § 172 Abs. G. V. G.

Wird die Bestimmung des § 172 G. V. G. beachtet, so ist der Entmündigte bei seiner persönlichen Vernehmung gegen alle Einwirkungen abgeschlossen, denen sein seelisches Befinden und sein Benehmen während der Verhandlung schon unter dem blossen Eindrucke der Oeffentlichkeit ausgesetzt sein könnte. Bevor daher diese gesetzliche Sicherheitsmaassregel getroffen ist, entspricht die persönliche Vernehmung des Anfechtungsklägers vor dem ihn unmittelbar auf seinen Geisteszustand untersuchenden Richter den processualen Voraussetzungen, unter denen das Urtheil nach §§ 671 und 654 der C. P. O. allein erlassen werden darf, überhaupt nicht. Ein derartiger

Mangel des Verfahrens muss aber nicht nur dann zur Aufhebung des B. U. führen, wenn, wie in früheren Fällen reichsgerichtlicher Entscheidungen die processwidrige öffentliche Vernehmung des Anfechtungskl. vor dem B. G. selbst stattgefunden hatte — vergl. Entsch. des R. G. Bd. 16, S. 393 fl. und Juristische Wochenschrift von 1902, S. 529[1] —, sondern er führt zu einem gleichen Ergebnisse auch in dem Falle, wenn der Anfechtungskl. in I. Instanz vernommen, hierbei aber die Vorschrift des § 172 a. a. O. unbefolgt geblieben ist. (R. G. 14. III. 1904.)

J. W. 210.

§ 671 Abs. 1.

Das angefochtene Urtheil war wegen eines vor allem von der Reichsanwaltschaft gerügten processualen Verstosses aufzuheben. Mit Recht macht dieselbe Verletzung des § 671 Abs. 1 C. P. O. geltend, weil der Kl. im Berufungsverfahren nicht unter Zuziehung eines Sachverständigen gehört worden ist. Die für das Anfechtungsverfahren im Entmündigungsprocesse durch die §§ 667 ff. C. P. O. vorgesehenen besonderen Vorschriften umfassen nach ihrem Inhalte nicht bloss die erste Instanz, sondern auch die Berufungsinstanz. Zunächst trifft dies offensichtlich bei dem dem § 671 vorangehenden § 670 zu, insoweit derselbe die entsprechende Anwendung der §§ 617 Abs. 1, 3 und 622 anordnet. Nach seiner Stellung im System muss aber auch dem § 671 Geltung für die Berufungsinstanz zukommen, wenn nicht etwa besondere Erwägungen dessen Anwendbarkeit im Berufungsverfahren ausschliessen. Das ist so wenig der Fall, dass vielmehr der innere Grund der Gesetzesvorschrift des § 671 Abs. 1 diese Auffassung bestätigt. Die Bestimmung des § 671 Abs. 1 zielt darauf ab, für die Ermittelung des Geisteszustandes in der persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden unter Zuziehung eines Sachverständigen möglichst sichere und zweifelsfreie Grundlagen zu bieten. Sie wird bedeutsam auch für den Thatrichter der Berufungsinstanz. Zudem erhält diese Ansicht Unterstützung durch die Entstehungsgeschichte der Vorschrift. Die Motive zu den entsprechenden §§ 575, 576 des Entwurfs zur C. P. O. schliessen, nachdem sie die Nothwendigkeit einer Vernehmung der Person, um deren Entmündigung es sich handelt, und der Sachverständigen begründet haben, hieran den Satz: „In der Revisionsinstanz, welche sich mit der Feststellung des Thatsächlichen nicht mehr befasst, kommen diese Vorschriften nicht zur Anwendung." Offenbar ist hier davon ausgegangen, dass, soweit die Instanzen Thatrichter sind, die Anwendbarkeit geboten ist. Die angefochtene Entscheidung beruht auf der gerügten Gesetzesverletzung; denn es ist nicht ausgeschlossen, dass die gesetzlich vorgeschriebene Vernehmung des Kl. unter Zuziehung des Sachverständigen zu einer anderen Beurtheilung hätte führen können. (R. G. 7. IV. 1904.) J. W. pag. 262.

§ 679.

Der Entmündigte ist befugt, wegen der Art und Weise der gerichtlichen Erledigung seines Beiordnungsgesuches ohne den gesetzlichen Vertreter im Beschwerdewege vorzugehen. Dem Anwaltszwange unterliegt seine Beschwerde ebenfalls nicht. (R. G. IV. 2. V. 1904.)

D. R. pag. 453. Entscheid. Nr. 1905.

§ 684.

Die Besserung der Lebensweise des Entmündigten ist nicht geeignet, der rechtzeitig erhobenen Anfechtungsklage aufzuhelfen. Sie würde ihre Andauer vorausgesetzt, wohl den Antrag und die Klage auf Wiederaufhebung der Entmündigung nach §§ 685 und 686 C. P. O. rechtfertigen. Die Anfechtungsklage hat lediglich darüber zu befinden, ob die Entmündigung zur Zeit ihrer Aussprechung gerechtfertigt war, nicht aber darüber, ob dies auch bei Erlassung des Urtheils noch der Fall ist. (O. L. G. Dresden. V. S. 8. II. 1902.)

Seuffert's Archiv. III. S. 124. Entsch. Nr. 65.

§ 684. B. G. B. 1837.

Die Anfechtung des Entmündigungsbeschlusses gehört zu der gegen den Antrag auf Entmündigung zulässigen Vertheidigung. Der Entmündigte ist deshalb, wenn auch die Entmündigung schon in Wirksamkeit getreten ist, für die Anfechtungsklage processfähig, wie wenn er nicht entmündigt wäre, und infolgedessen auch befugt, einen Rechtsanwalt zum Processbevollmächtigten zu bestellen. Die durch die Kosten des Rechtsstreites entstehenden Verbindlichkeiten treffen sein Vermögen, wie wenn er nicht entmündigt wäre. Der Vormund kann die Haftung des Mündelvermögens für sie nicht durch seinen Widerspruch abwenden, es sei denn, dass die Erhebung der Anfechtungsklage muthwillig oder aussichtslos erscheint. (Oberstes L. G. für Bayern. 20. XI. 1903.)

Seuffert's Archiv. IV. S. 212. Entsch. Nr. 115.

VI. Gerichtsverfassungs-Gesetz.

§ 188.

Bei Taubheit des Angeklagten müssen ihm die Zeugenaussagen durch geeignete Veranstaltungen mit-



getheilt werden. Verzicht hierauf ist unzulässig, die Anwesenheit eines Vertheidigers ändert nichts. (Urth. des Feriensenats vom 14. August 1903.)

J. W. pag. 21.

VII. Reichsgesetz über die freiwillige Gerichtsbarkeit.

§ 19, 20.

Wird die Beschwerde gegen eine die Einleitung einer Pflegschaft wegen Unzuständigkeit ablehnende Verfügung des Amtsgerichts vom Landgericht zurückgewiesen, darauf, weil auch ein weiter in Betracht kommendes Amtsgericht sich für unzuständig hält, von dem gemeinschaftlichen oberen Gericht das zuerst angegangene Gericht für zuständig erklärt, und von diesem nunmehr die Pflegschaft angeordnet und ein Pfleger bestellt, so steht diesem wohl gegen diese Anordnung die Beschwerde, nicht aber gegen die Entscheidung des Landgerichts die weitere Beschwerde zu. (Bayr. Oberst. Landg. 4. XI. 1904.)

D. R. pag. 607. Entsch. Nr. 2659.

§ 20.

Versagt das Vormundschaftsgericht die erforderliche Genehmigung zu einem von dem Vormunde mit einem Dritten abgeschlossenen Vertrage, so hat der Dritte kein Beschwerderecht. (R. G. IV. 12. Nov. 1903.) D. R. pag. 108. Entsch. Nr. 526.

§ 20. §§ 1799, 1826 B. G. B.

Der Gegenvormund hat gegen den Beschluss des Vormundschaftsgerichts, durch den nach seiner Anhörung trotz der von ihm geäusserten Bedenken dem Vormunde die Genehmigung zur Abschliessung eines Erbtheilungsvertrages ertheilt ist, kein Beschwerderecht. (K. G. 16. XI. 1903.) D. R. pag. 260.

§ 20.

Gegen die Anordnung einer Pflegschaft steht sowohl dem Pflegebefohlenen als dem Pfleger die Beschwerde zu. (Bayer. Oberst. L. G. 5. II. 1904.)

D. R. pag. 143. Entscheid. Nr. 691.

§ 20.

Dem Vormund steht in den Fällen, in denen er zur Vornahme von Rechtsgeschäften der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes bedarf, gegen dessen unbegründete oder auf einer unrichtigen Rechtsansicht beruhende, ablehnende Verfügungen das Recht der Beschwerde zu. (Bayer. Oberstes L. G. 19. II. 1904.) D. R. pag. 196. Entsch. Nr. 975.

§ 36.

Auch für die vorläufige Vormundschaft ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk der Mündel zur Zeit des Bedürfnisses, eine Vormundschaft anzuordnen, seinen Wohnsitz oder Aufenthalt hat. (Bayer. Oberstes Landesgericht, 19. Febr. 1904.)

D. R. pag. 170. Entscheid. Nr. 829.

§ 46.

Bei Beurtheilung der Wichtigkeit der Gründe, aus denen ein Vormundschaftsgericht die Vormundschaft an ein anderes Vormundschaftsgericht abgeben kann, kommt nicht bloss das Interesse des Mündels, sondern auch dasjenige der übrigen an der Vormundschaft Betheiligten, auch dasjenige des um die Uebernahme der Vormundschaft angegangenen Gerichts in Betracht. (O. L. G. Colmar. 23. XI. 1904.)

D. R. pag. 607. Entsch. Nr. 2660.

§ 57 Abs. 1. Nr. 9.

Dem als Vormund übergangenen Grossvater des Mündels steht gegen den Beschluss, durch den sein Antrag auf Entlassung des Vormundes und auf Bestellung seiner Person zum Vormund abgelehnt wurde, ein Beschwerderecht insofern zu, als es ihm darum zu thun ist, die Sorge für die Person des Mündels in seine Hand zu bekommen. (Bayer. Oberst. L. G. 24. II. 1904.)

D. R. pag. 226. Entsch. Nr. 1093.

§ 57.

Dem Ehemann einer wegen Geisteskrankheit bevormundeten Frau steht die Beschwerde gegen Verfügungen des Vormundschaftsgerichts zu. (K. G. Berlin. 21. IX. 1903.)

D. R. pag. 108. Entsch. Nr. 531.

§ 59 Abs. 1. Nr. 9.

Dem Rechtsanwalt eines Entmündigten, der die Anfechtungsklage nach § 684 C. P. O. erhoben hat, steht gegen den Beschluss des Vormundschaftsgerichts, durch welchen dieses einen zur Durchführung des Verfahrens erforderlichen Kostenvorschuss verweigert hat, das Beschwerderecht zu. (Fortsetzung folgt.)



Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

Die rechtlichen Grundlagen der Fürsorge.

I. Im Allgemeinen.

Die staatliche Irrenfürsorge kann sich erstrecken entweder:

A. auf alle diejenigen, die dem Staate als geisteskrank bekannt sind, so lange, bis er sich durch seine Organe davon überzeugt hat, dass sie es nicht oder nicht mehr sind oder

B. nur auf gewisse Kategorien derselben, z. B. 1. auf diejenigen Formen, die als „erworbene" bezeichnet werden, unter Ausschluss der Idioten und Imbecillen oder 2. auf „Geisteskranke" unter Ausschluss der Alkoholiker und Epileptiker, oder 3. nur auf „Heilbare" oder nur auf „Unheilbare" oder 4. auf diejenigen, die der öffentlichen Sicherheit, der Sittlichkeit, ihrem eigenen Leben gefährlich sind, oder 5. nur auf arme Geisteskranke, oder 6. nur auf Entmündigte. Auch wenn sich der Staat mit den Kranken der Kategorien 1—3 befasst, so kann er diese Thätigkeit auf die Fälle begrenzen, dass die GK. in öffentliche oder auch, dass sie in Privatanstalten aufgenommen werden wollen.

Er kann selber für die Aufnahme der Kranken einzelner Kategorien sorgen, oder sich nur mit der Controlle befassen, wenn diese Aufnahme von irgendwelcher Seite beantragt ist.

Er kann endlich die Bürde der Fürsorge von sich ab auf kleinere Verbände oder auf die Privaten wälzen, sei es, dass er die Fürsorgepflicht der betr. Verbände gesetzlich normirt, sei es, dass er die civilrechtlichen Pflichten der Familie ihren Angehörigen gegenüber mit strafrechtlichen Normen umgiebt.

II. Thatsächliche Verhältnisse.

A. 1. Eine erste Gruppe von Staaten erlässt Bestimmungen für alle Kategorien von Geisteskranken. Dazu gehören die Gesetze von Genf, Holland, Schweden und Waadt.

Eine richtige Definition der Geisteskrankheit kann rechtlich vielleicht überhaupt nicht gegeben werden, dagegen ist es möglich, und einige Gesetze haben es gethan, Präsumtionen für das Bestehen einer Geisteskrankheit zu geben.

Am allgemeinsten spricht Genf die Unterstellung unter das Gesetz aus und muss darum den andern drei Staaten gegenübergestellt werden, welche eine Definition dessen geben, was sie im gesetzlichen Sinne als geisteskrank bezeichnen. Loi. Art. 1. „Sonst soumis aux dispositions de la présente loi sous reserve ... etc. 1. Les aliénés résidant dans le canton de Genève. 2. Les aliénés de nationalité genevoise, quel que soit le lieu de leur résidence[31])."

Nach Art. 2 können Epileptiker und Alkoholiker dem Gesetz unterworfen werden, „et d'une manière générale tous les autres malades dont l'état mental serait de nature à compromettre la sécurité, la décence ou la tranquillité publiques ou leur propre sécurité." Art. 7 statuirt die Anzeigepflicht bei Aufnahme eines Kranken bei Privatpersonen.

Art. 8 unterstellt die „Aliénés qui se trouvent dans leur famille" der Aufsicht des Staates.

In allen diesen Paragraphen wird das Wort „aliénés" gebraucht, aber nicht definirt. Im Art. 1 und 2 werden der aliéné und der Kranke, dessen Geisteszustand „serait de nature à compromettre" etc. einander gegenüber gestellt. Er kann dem Gesetz (durch Verordnung) unterstellt werden, ist es aber noch nicht.

Der Kranke, der nicht als „aliéné" bezeichnet werden kann, dürfte der „dégénéré" sein, der Neurastheniker mit gefährlichen Trieben, (sexuelle Perversion, Exhibitionismus etc., auch der Morphinomane etc.).

So kann die Grenze gegen den aliéné festgestellt werden, damit ist aber eine juristisch brauchbare Definition des letztern noch nicht gegeben.

Es frägt sich, wie der Staat zur Kenntniss der aliénation mentale kommt. Das kann durch das Organ der Polizei geschehen, beim „aliéné abandonné, indigent ou dangereux" (loi art. 24), bei der Anmeldung des Kranken in eine Irrenanstalt, bei der Entlassung oder Beurlaubung des ungeheilten, endlich, wenn jemand einen Menschen aufnimmt, den er für GK. hält (Art. 7).

In allen anderen Fällen fehlt dem Staat das Organ, um zur Kenntniss der Geisteskrankheit zu kommen, d. h. im Falle des Art. 8 (s. oben) und

[31]) Diese Bestimmung wird später im Bezug auf ihre internationale Bedeutung noch einmal erwähnt werden.



des Art. 7, wenn der Aufnehmende bona fide nicht an Geisteskrankheit glaubt.

Der Kanton Waadt zieht im § 1 seines Gesetzes die §§ 1 und 2 des Genfer Gesetzes zusammen: La présente loi s'applique à toutes les personnes atteintes de maladies mentales —, pour autant que leur état nécessite des soins ou offre des dangers pour autrui.

Auch hier fehlt die Definition der Geisteskrankheit. Doch wird dem Mangel an einer Definition dadurch abgeholfen, dass das „placement d'office (Internirung von Staatswegen siehe unten), durch die Behörde der Wohn- oder Bürgergemeinde des Kranken, durch die Präfecten und den Staatsrath verlangt werden kann, und dass jedermann, unter seiner eigenen Verantwortlichkeit, diese Behörden auf die Fälle aufmerksam machen kann, in welchen ihre Intervention geboten scheint. (Loi Art 11.) Da im Kanton Waadt ausserdem das ärztliche Berufsgeheimniss nicht geschützt ist, so kann auch der Arzt die Behörde über die Nothwendigkeit des Einschreitens aufmerksam machen.

Erscheint das placement d'office nicht als geboten, so kann doch die Untersuchung des Geisteszustandes die Subsumtion unter das Gesetz herbeiführen und auf diesem Wege kann in vielen Fällen die staatliche Oberaufsicht über den Geisteskranken gewahrt werden, auch wenn er in seiner Familie lebt.

Holland (wet. art. 2) bestimmt, dass sich die Staatsaufsicht über alle Irren erstrecke, mit Ausnahme jener, die ihrer Freiheit nicht beraubt sind und ausserdem in ihrer eigenen Wohnung oder in der ihrer Eltern bezw. ihres Ehegatten verpflegt werden. Dieses Gesetz schafft eine klare Situation. Es verzichtet auf die Staatsaufsicht,[32]) soweit sie schwer realisirbar ist. Es verzichtet damit nicht auf die Unterbringung auch eines in seiner Familie Verpflegten von Staatswegen. Wenn nach wet. Art. 12 der Staatsanwalt verpflichtet ist, die Aufnahme eines Irren in eine Anstalt zu beantragen, sofern es ihm scheint, dass ein Kranker vernachlässigt wird, so ist damit subsidiär eine Staatsaufsicht auch für die anderen Irren gegeben, ob sie auch de facto nicht besonders erheblich sein mag. — Zur Kenntniss der Geisteskrankheit kommt der Staat durch die im wet. Art. 3 ausgesprochene Verpflichtung dessen, der „einen Irren verpflegt, auf den sich die Staatsaufsicht bezieht," zur Anzeige an den Bürgermeister seines Domicils.

[32]) Durch seine Specialbeamten.

Nach Holländischem Recht wird demnach als geisteskrank präsumirt: ein Mensch, der nicht frei in seiner Wohnung, noch in der seiner Eltern bezw. seines Ehegatten lebt, sondern entweder von den genannten Personen für geisteskrank gehalten und darum an seiner freien Bewegung gehindert, oder in einem fremden Haus verpflegt und von seinem Pfleger für geisteskrank gehalten wird.

In Schweden (lov § 59) obliegt es beim Selbstmündigen dem gesetzlichen Gewalthaber, oder der nächsten Umgebung eines Menschen, subsidiär dem Gemeindevorsteher oder der Ortspolizeibehörde, wenn jemand „Anzeichen von Geisteskrankheit" zeigt, anzuordnen, dass der Zustand dieses Menschen unverzüglich vom Arzte untersucht wird. Die Unterlassung davon ist ex officio des öffentl. Anklägers zu verfolgen (lov. § 66).

Somit ist als geisteskrank im Sinne des Gesetzes jeder präsumirt, der Anzeichen von Geisteskrankheit zeigt, bis sich durch die ärztliche Untersuchung die Unrichtigkeit der Präsumation herausstellt, worauf er ausser das Gesetz fällt, oder bis er vom Arzt als geisteskrank bezeichnet worden ist, worauf er definitiv unter das Gesetz kommt.

Dieselbe Anzeigepflicht wie für Schweden existirt für Finnland*). Jede Person, die Zeichen von Geisteskrankheit zeigt, soll zur Untersuchung bei dem Arzte gemeldet werden, und sollen daneben Maassregeln getroffen werden, dass der Kranke zweckmässige Pflege bekomme und für sich selbst und andere unschädlich gemacht werde.

b) Ausdehnung der Fürsorge auf einzelne Kategorien der Geisteskranken.

Die von uns benützten Quellen befassen sich:

α) Mit den in öffentlichen Anstalten unterzubringenden oder untergebrachten Gk.

β) Mit den in nicht öffentlichen Anstalten unterzubringenden oder untergebrachten GK.

γ) Mit den in fremden**) Familien unterzubringenden oder untergebrachten GK.

δ) Mit den in der Familie des Kranken**) verpflegten GK.

*) Hårdh, L. A. Z. 52, S. 385. Verordnung v. 1884.

**) Diese Begriffe werden im folgenden näher definirt.

[33]) Fast alle Staaten, namentlich aber die Germanischen, haben die Idee einer staatlichen Oberaufsicht über die Entmündigten in irgend einer Form ausgebildet, daher kennen sie natürlich auch eine Fürsorge für die entmündigten Geisteskranken. Diese ins Civilrecht gehörende Frage wird hier nicht behandelt.]

ε) Mit den in irgend einer Form der staatlichen Ordnung gefährlichen GK.

ζ) Mit armen GK.

η) Mit den entmündigten GK.[33]).

Folgende Gruppen sind zu unterscheiden:

1. Nur mit den Verhältnissen der öffentlichen Anstalten befasst sich de facto kein einziges Irrengesetz. In allen Staaten findet sich mindestens eine Bestimmung über die Unterbringung von Staatswegen, welche ihrerseits mindestens auf einer Polizeivorschrift beruht.

Dagegen giebt es Staaten, welche, ohne eine besondere Irrenanstalt zu haben, Bestimmungen über die Geisteskranken treffen. So Uri; (Polizeiverordnung v. 28. Dez. 1888. Reg. v. 28. Dez. 1889 Landbuch 1, S. 54 ff.): es ist Pflicht zu hindern... freies Umhergehen von Irrsinnigen; Obwalden, Polizeistrafgesetz Art. 131. (Derselbe wie Luzern Art. 130. siehe unten unter 2.)

2. Eine Anzahl von Staaten beschränken sich darauf, über die öffentlichen Anstalten Bestimmungen zu treffen, die Aufsuchung dieser Anstalten und die Unterbringung der armen Geisteskranken den Privaten resp. den Organen der Selbstverwaltung (Gemeinden, Kreise, etc.) zu überlassen, und Bestimmungen über die sub. ε genannten GK. zu erlassen.

Zu diesen gehören: Dänemark, Hamburg, Mecklenburg-Schwerin, Italien, die Kantone Appenzell Arh.[34]), Aargau, St. Gallen[35]), Luzern[36]), Schaffhausen, Graubünden, Solothurn.

St. Gallen (Pol. Str. GB. Art. 134) spricht die Pflicht derjenigen, bei welchen ein Mensch seinen Aufenthalt hat, bei dem sich „Spuren einer heftigen Sinnesverwirrung zeigen," zur genauen und sicheren Verwahrung aus.

Luzern (Pol. Str. GB. S. 130) verbietet das freie Umhergehenlassen und die Vernachlässigung der Aufsicht, bei „Blödsinnigen uud GK.", wenn damit Gefahr für Personen und Eigenthum verbunden ist, und bestraft auch (§ 85) die Vernachlässigung von Kranken, Gebrechlichen, Blödsinnigen oder andern (dergl. hilfsbedürftigen Personen) mit Bezug auf Schutz, Aufsicht, Verpflegung und ärztlichen Beistand. Aehnliche Bestimmungen befinden sich anderswo.

3. Zu dieser Gruppe gehört auch Basel-Stadt, obwohl es ein wenig weiter geht, als die vorgenannten Staaten. Es erlässt Bestimmungen über die polizeiliche Mitwirkung bei der Einweisung von Geisteskranken in Irrenanstalten[37]). Ein Grossrathsbeschluss[38]) regelt die staatliche Versorgung von GK. in Irrenanstalten.

Kompetente Behörde: Reg.-Rath. Erforderniss: dass der betr. Kranke die öffentliche Ordnung, Sicherheit oder Sittlichkeit gefährdet, „oder sonst infolge seines Krankheitszustandes der Versorgung bedürftig ist, ohne dass in letzterem Fall in anderer Weise für denselben gesorgt wird".

3. Eine Specialstellung nimmt Serbien ein[39]). Es hat nur eine Anstalt. Die Polizeibehörde hat dem Minister des Innern von jeder geisteskranken Person ihres Bezirkes Anzeige zu erstellen.

Eine andere Specialstellung hat das Deutsche Reich als Bundesstaat. Die Reichsgesetzgebung befasst sich nur mit den Verhältnissen der privaten Anstalten und zwar nur mit deren Concession. (Gewerbeordnung S. 30 ff.)

4. Die folgende gesetzgeberische Combination ist die Erlassung von Regeln für die GK. sub α, β, ε.

Diese Combination ist diejenige der Gesetze von Frankreich[40]), Neuenburg[41]), der Gesetzgebung in Bern, Italien und des Sanitätsgesetzes von Ungarn[42]).

Das letztere bestimmt in Art. 1.: „in Irrenanstalten können nur die öffentliche Sicherheit gefährdende GK. aufgenommen werden"...[43]) sc. v. Staatswegen.

5. Zu den GK. sub. α, β, ε, kommen noch diejenigen sub. δ. Das ist der Fall in Bremen[44]), Spanien[45]), Thurgau[46]), Zürich[47]) [47a]).

[34]) Verordn. üb. d. Polizeiwesen, Ges. S. II, S. 568 ff. § 12 g.

[35]) St. Gallen hat auch ein Gesetz betr. Unterbringung von Gewohnheitstrinkern in Trinkerasylen v. 21. Mai 1899; siehe betr. GK.: Gesetz betr. die Organisation der Verwaltungsbehörden der Gemeinden und Bezirke. Art. 77, O. Müller, St. Gallische Verwaltungsgesetzgebung. St. Gallen 1904; daselbst auch: Ges. betr. Organisation des Landjägercorps. I. S. 277, auch Polizeistrafgesetzbuch.

[36]) Polizeistrafgesetzbuch. § 88. § 130.

[37]) Bek. v. 17. Mai 1890. S. auch Verordnung über die Befugnisse der Polizeimannschaft v. 28. Febr. 1872. G. S. Bd. 22. S. 423.

[38]) GB. v. 12. Jan. 1891, § 1.

[39]) Subotic, L. A. Z. Bd. 50, S. 1113.

[40]) vide loi titres 1er, 2e, sect. 2e. ordonn. titre 1er, et 2.

[41]) loi art. 1—4. Bes. art. 4, a. par telle personne etc.

[42]) Ges. Art. 1. Psych.-neurol. Wochenschr. Bd. V, S. 94.

[43]) Uebersetzung von Stein. Der Satz will sagen: nur solche GK., welche die öffentliche Sicherheit gefährden. Damit sind also Selbstmordverdächtige ausgeschlossen.

[44]) MO. § 50.

[45]) Ges. Art. 11.

[46]) V. 895. § 11 Abs. 3.

[47]) V. 1899. § 26.

[47a]) Im übrigen siehe unter Familienpflege. Seite 11 ff.



In Spanien gelten die Bestimmungen über Familienpflege für alle Personen, „welche sich mit diesen Kranken (GK.) befassen," in Thurgau, wenn die Aufnahme der GK. „nicht lediglich aus Rücksichten der Verwandschaft oder Freundschaft oder bloss ausnahmsweise auf Grund besonderer Verhältnisse erfolgt."

In Bremen muss, damit der Fall unter das Gesetz zu subsummiren ist, „Vergütung", in Zürich in gleicher Weise „Entgelt" von Kranken geleistet werden. Mit Bezug auf die gefährlichen GK. schreibt Bremen[48]) dem zuständigen Medicinalamt Sorge für einstweilige Sicherung und zweckmässige Behandlung subsidiär nach den Angehörigen des Kranken vor. Ebenso betr. Internirung von Staatswegen[49]).

[48]) MO. § 48.
[49]) MO. § 49.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden.

I. Sitzung am 28. April Vormittags 9 1/4 Uhr.

Nach der Eröffnung der Versammlung durch Herrn Moeli-Berlin begrüsst zunächst im Namen der Staatsregierung Herr Geh. Reg.-Rath Dr. Kunze den Verein; ihm schliesst sich an Herr Geh. Med.-Rath Dr. Buschbeck, der die Grüsse des Kgl. Landes-Medicinal-Collegiums überbringt und u. a. darauf hinweist, dass in Sachsen bei der Prüfung der Bezirksärzte nicht nur der Nachweis des Besuchs einer psychiatrischen Klinik verlangt wird, sondern eine 4monatige Dienstzeit in einer Irrenanstalt zur Vorbedingung gemacht wird. — Den Willkommengruss der Stadt Dresden entbietet Herr Bürgermeister Hetschel, der daran erinnert, dass Dresden schon zum 3. Male die Psychiaterversammlung als Gäste in seinen Mauern sieht; er hoffe, dass die Stadt als Unternehmerin einer grossen psychiatrischen Anstalt recht viel Vortheil aus den Arbeiten des Vereins ziehen werde. Hierauf hiess Herr Hofrath Dr. Gelbke als Vorsitzender des ärztlichen Bezirksvereins die Collegen herzlich willkommen, während Herr Hofrath Dr. Ganser die Grüsse der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde überbrachte, die sich, wie die Pflege der gesamten Medicin, so auch die der Psychiatrie zur Aufgabe mache. Im Namen der Versammlung dankte Herr Moeli für alle diese Begrüssungen. Nachdem die Herren Haenel und Stegmann zu Schriftführern gewählt waren, verlas der Vorsitzende die Liste der im Laufe des Jahres verstorbenen Mitglieder des Vereins, zu deren ehrendem Andenken sich die Anwesenden von den Sitzen erhoben.

Hierauf legte Herr Siemens-Lauenburg die vom Vorstande entworfenen neuen Satzungen vor, die mit einigen unwesentlichen Aenderungen ohne Discussion angenommen wurden. Sie waren nöthig geworden, um dem Verein die Annahme einer Schenkung des Herrn Geh. Med.-Rath Laehr möglich zu machen, die den Grundstock einer Laehr-Stiftung bilden soll.

Auf Antrag von Herrn Pelman-Bonn macht der Verein von einem in den neuen Satzungen erlangten Rechte sofort Gebrauch und ernennt unter allgemeinem Beifall Herrn Geh.-Rath Laehr einstimmig zum Ehrenmitgliede.

Es erfolgt der Bericht der Commission über die Fortbildungskurse, gegeben von Herrn Stoltenhoff-Kortau.

Da die Fortbildungskurse zunächst auf Preussen zu beschränken sein werden und sich hier an das bereits staatlich geordnete allgemeine ärztliche Fortbildungswesen anschliessen sollen, wird auf eine Theilnehmerzahl von vorläufig etwa 300 zu rechnen sein. Nehmen an jedem Kursus etwa 25—30 Aerzte theil und wiederholt sich der Kursus für den Einzelnen ca. alle 8 Jahre, so wären jährlich etwa 2—3 Kurse abzuhalten in einer Dauer von je 3 Wochen. Der Kursus soll dem Irrenarzte nicht nur die Fortschritte der Psychiatrie, sondern auch der übrigen medicinischen Disciplinen übermitteln. Als staatliche Unterstützung wäre zu fordern: Rückfahrkarte II. Kl., 80 M. Unkostenentschädigung für jeden Kursus und 12 M. Diäten täglich für jeden Theilnehmer.

Herr Moeli hält das Vorgeschlagene für einen vorläufigen, aber zur Verwirklichung wohlgeeigneten Versuch.

Die Versammlung ermächtigt den Vorstand, sich im Sinne des Referates an die maassgebenden Behörden zu wenden.

Das folgende Referat von Herrn Weygandt-Würzburg über Idiotie und die anschliessenden, das Thema der Schwachsinnigenfürsorge behandelnden Vorträge entfesselten eine lebhafte Discussion, an deren Schluss 2 Anträge angenommen werden:

1. ein Antrag Anton-Graz, der die Einsetzung einer Commission beschliesst, welche fortgesetzt die Fragen der Idiotenforschung und -Fürsorge zu verfolgen und dem Verein Bericht zu erstatten hat; in dieselbe werden gewählt die Herren Weygandt, Tuczek, Anton, Moeller;

2. ein Antrag Siemens-Lauenburg, der folgendes beschliesst: Der D. V. f. Psychiatrie erklärt im Hinblick auf die fortgesetzten Bestrebungen, die Leitung der Idioten- und Epileptikeranstalten den Nichtärzten vorzubehalten, dass er nach wie vor auf dem Boden seiner Frankfurter Beschlüsse vom Mai 1893 steht, insbesondere auf den Beschlüssen unter I, 3—5.



Ebenfalls einstimmig wird hierzu ein Zusatzantrag Ganser angenommen: den Vorstand zu beauftragen, von diesem Beschlusse den sämmtlichen deutschen Regierungen Kenntniss zu geben.

Diese Discussion, nebst einem Vortrage von Cramer-Göttingen über die Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte und Meyer-Königsberg über inducirtes Irresein füllte die beiden ersten Sitzungen aus. In der III. wurden die beiden satzungsgemäss ausscheidenden Vorstandsmitglieder Siemens und Kreuser durch Acclamation wiedergewählt. Dem Kassenführer wurde Entlastung ertheilt, und der Laehrstiftung auf Beschluss des Vereins aus dem Vereinsvermögen ein Beitrag von 1000 M. zugeführt. Der Mitglieder-Beitrag für 1905 wurde wieder auf 5,00 M. festgesetzt.

An Stelle des verhinderten Herrn Schüle-Illenau legten die Herren Thoma-Illenau und Mendel-Berlin einen von jenem entworfenen Fragebogen zur einheitlichen Regelung der Erblichkeitsforschung vor und begründeten denselben. Ein Beschluss hierüber wurde nicht gefasst, die Nothwendigkeit und Zweckmässigkeit einer solchen allgemein annehmbaren Grundlage für die Erblichkeits-Statistik aber anerkannt.

Berichte über die einzelnen Vorträge folgen demnächst H. Haenel-Dresden.

— **Berlin.** Die Deputation für das städtische Irrenwesen hat sich in ihrer Sitzung vom 2. Mai mit der Direktorfrage bezüglich der zu Buch im Bau begriffenen dritten städtischen Irrenanstalt beschäftigt. Es lagen für diesen Posten 11 Bewerbungen vor. Die Deputation entschied sich dahin, dem Magistrat die Berufung eines Oberarztes, der längere Jahre an einer der beiden städtischen Irrenanstalten Berlins gewirkt hat, vorzuschlagen. Ueber den Namen des betreffenden Arztes wurde Amtsverschwiegenheit proklamirt.

(Berl. Lokal-Anzeiger).

Berichtigung.

Zu der Notiz „Aus dem Reichstag" in Nr. 4 der Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift wird uns geschrieben:

1. Dass die Ermächtigung zur Aufnahme der Frau H. in die badische Privatirrenanstalt durch das Grossherzoglich badische Bezirksamt in Baden-Baden **nach vorausgegangener spezialärztlicher und bezirksärztlicher Untersuchung und Feststellung der Geistesstörung** ertheilt wurde.

2. Dass das badische Oberlandesgericht **lediglich auf Grund der Aktenkenntniss** in seinem Urtheil vom 24. Juni 1904 (Broschüre der Frau H. „17 Tage Irrenhaus" pag. 48 u. f.) die geistige Gesundheit der Frau H. auch während des Anstaltsaufenthalts im Juli 1902 **annehmen zu dürfen glaubte.** Dazu sei noch bemerkt, dass **während des ganzen Gerichtsverfahrens weder die betheiligten Anstaltsärzte vernommen, noch Gutachten von psychiatrischen Sachverständigen seitens des Gerichts eingeholt worden sind.**

Personalnachrichten.

— Zum Direktor der Kreis-Irrenanstalt Deggendorf wurde der Oberarzt dieser Anstalt, Dr. Eduard Kundt, ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 7. 13. Mai. 1905

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der brandenburgischen Landesirrenanstalt Neu-Ruppin.

Behandlung der Epilepsie nach Ceni.

Von Oberarzt Dr. *Gallus* in Potsdam.

Die von Ceni im Jahre 1901 veröffentlichte Behandlung der Epilepsie mit Seruminjektionen *) scheint in Deutschland wenig Beachtung gefunden zu haben. Die vom Urheber des Verfahrens damit erzielten Erfolge mussten aber die Aufmerksamkeit erwecken. Von 10 damit behandelten Kranken wurden zwei geheilt, sechs wesentlich gebessert und nur bei zweien trat eine Verschlechterung ein. Um so bemerkenswerther waren diese Erfolge, als sie zum Theil bei schon seit langer Zeit erkrankten Individuen erzielt wurden und nicht nur eine Verminderung oder Aufhebung der Anfälle, sondern auch eine wesentliche körperliche und geistige Besserung erreicht wurde. Die Erfolge waren in einzelnen Fällen ganz erstaunliche. Ein Mädchen von 12 Jahren, welches seit 3 Jahren epileptisch ist, im Durchschnitt etwa 50 Anfälle im Monat hat, sich in elendem Ernährungszustande befindet, allerlei üble Eigenschaften hat, sich ungebärdig benimmt und nahe der Verblödung ist, wird rasch anfallsfrei, entwickelt sich geistig vorzüglich und nimmt an Gewicht erheblich in ganz kurzer Zeit zu. „Sie zeigt jetzt eine vollständige Umwandlung der Physiognomie und des Charakters." (Fall 6).

Cenis Verfahren, welches Wende in dieser Wochenschrift (1903 S. 365 u. fgd.) genauer geschildert hat, besteht in der Injektion von Serum, das von andern Epileptikern oder den damit zu Behandelnden gewonnen wurde. Auf die theoretischen Grundlagen gehe ich noch später kurz ein. In allmählich steigenden Dosen wurde den einzelnen Kranken im Laufe von 2—6 Monaten 72—410 g Serum eingespritzt.

*) Carlo Ceni, Nuove proprietà tossiche e terapeutiche del siero di sangue degli epilettici. Riv. sperim. di freniatria, Vol. XXVII, fasc. III-IV, 1901.

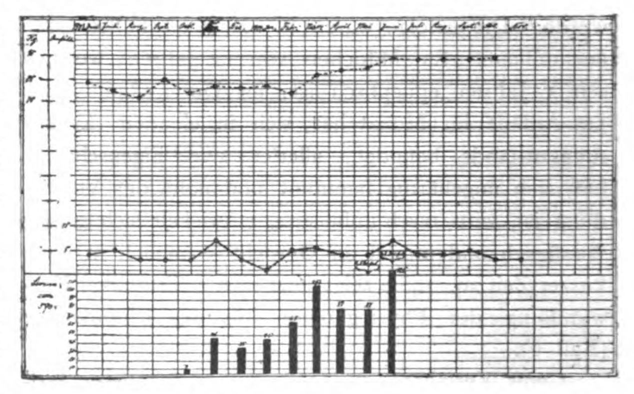
Die beiden geheilten Fälle, zwei Mädchen von 12 Jahren, die seit 3 Jahren erkrankt waren, erhielten in 2, bezw. 4 Monaten 96 bezw. 170 gr. Während diesen schon im Beginn der Serum-Behandlung das Brom ganz entzogen werden konnte, wurde es bei den andern theils wesentlich vermindert, theils auch ausgesetzt. Die Kranken hatten übrigens zumeist recht hohe Bromdosen (bis 10 g pro die) ohne wesentlichen Erfolg lange Zeit erhalten.

Wende hat nun an 12 männlichen Epileptikern das Verfahren nachgeprüft und darüber in der oben erwähnten Arbeit berichtet. Es waren dies sämtlich Kranke, die schon sehr lange (19—51 Jahre) mit dem Leiden behaftet waren und schwere geistige Veränderungen boten. Alle erhielten regelmässig Brom (4—6 g). Einer, der Brom nicht vertrug, regelmässig 2,0 Amylenhydrat. Dabei befanden sie sich in einem erträglichen Zustande. Allen wurde nun die Arznei ganz plötzlich entzogen und ca. 14 Tage später, noch ehe völlige und sichere Bromfreiheit des Urins constatirt werden konnte, die Serum-Behandlung begonnen. Die nächste Folge war durchgehends eine sehr erhebliche Vermehrung der Anfälle. Im Laufe der folgenden 2 Monate erhielten die Kranken je 104 bis 124 g Serum injicirt. Wenn nun auch Wende nicht entfernt so gute Resultate wie Ceni erhielt, so glaubte er doch, in der Mehrzahl der Fälle eine gewisse Besserung erreicht zu haben, die sich namentlich in der Gewichtszunahme und in zwei Fällen auch anscheinend durch eine Aenderung im psychischen Verhalten dokumentirte. Es sind nun die Beobachtungen nicht ganz rein; Wende betont ja selbst an verschiedenen Stellen, dass äussere Umstände ihn daran hinderten, die Kur in manchen Stücken anders zu gestalten. Das brüske Abbrechen der bishe-

rigen Medikation, gleichzeitig mit dem 14 Tage darnach einsetzenden Beginn der Serumbehandlung, trübt entschieden das Resultat. Und wenn wir einer Statistik Halmi's (diese Wochenschrift 1904 S. 77 u. fgd.) Rechnung tragen, laufen die sich aus der Aussetzung der Brommedikation ergebenden Schwankungen in der Zahl der Anfälle erst nach einer Reihe von Monaten ab. 20 Epileptikern, denen Halmi später das Brom entzog, — ich berücksichtige unter seinen Fällen nur diejenigen, welche bis zum Abschluss beobachtet werden konnten, — hatten in 8 Monaten 1913 Anfälle während der Brombehandlung. Nach der Entziehung hatten sie in den nächsten 8 Monaten 1976, in den darauf folgenden 8 Monaten 1499 Anfälle. Ich weiss wohl, dass andere Statistiken mit dieser nicht leicht vereinbar sind. Bei der Unsicherheit in der Beurtheilung über die Folgen der Bromentziehung bleibt es darum fraglich, ob die geringe Verminderung der Zahl der Anfälle bei Wende's Kranken am Schlusse der Serum-Therapie auf diese bezogen werden kann. Eine wirklich bemerkenswerthe Abnahme liegt nur in 2 Fällen (IV u. V) vor; und auch hierbei ist zu bemerken, dass der letzte Beobachtungsmonat nicht einmal ganz abgelaufen ist. Zwei weitere Fälle zeigen eine erhebliche Vermehrung der Anfälle, die übrigen keine augenfällige Veränderung. Nicht unwesentliche Schwankungen in der Zahl der Anfälle sieht man ja auch sonst bei Epileptikern, mit und ohne Therapie. Zwei Fälle zeigen eine gewisse leichte psychische Besserung, die sich aber auch nur in bescheidenen Grenzen hält. Bei den meisten trat eine Erhöhung des Körpergewichtes um $^1/_2$—3 kg ein, ein Resultat, das auf die Steigerung der Esslust unter dem Einfluss der Seruminjektionen bezogen wurde. Bei den beiden, deren Anfallszahl sich während der Behandlung erheblich vermehrte, fanden Gewichtsverluste von $4^1/_2$—7 kg statt.

Diese Resultate Wende's hätten mich nicht zur Vornahme so mühseliger und zeitraubender Kurversuche angeregt, wenn ich diese nicht schon zur Zeit seiner Publikation begonnen gehabt hätte. Nur drei Kranke konnte ich der Behandlung, bei der mich Herr Dr. Tille freundlichst unterstützte, unterziehen. Eine Ausdehnung der Kur auf weiteres Material musste unterbleiben, da wider Erwarten die Behandlung mangels eines Erfolges länger ausgedehnt werden musste, als zunächst beabsichtigt war. Da erblich Belastete nach Ceni weniger günstige Aussichten boten, wurden solche bei der Auswahl ausgeschieden. Aus einer, wie nun zugegeben sei, überflüssigen Vorsicht wurden, um suggestive Beeinflussung zu vermeiden, nur Kranke ausgewählt, bei denen ihrer psychischen Beschaffenheit wegen eine solche ausgeschlossen erschien. Seit längerer Zeit — 7 Monaten bis 2 Jahren — hatten sie Brom nicht mehr bekommen. Im Uebrigen wurde ihre Lebensweise und Ernährung in keiner Weise geändert. Alle drei erhielten gegen Ende der Serumkur 2 Monate hindurch täglich 4—6 g Brom, weil möglicherweise diese Combination, die bei Ceni's Kranken statt hatte, von irgend welchem Einfluss sein konnte. Der Erfolg der Kur war, obwohl sie genügend lange ausgedehnt wurde und beträchtliche Serummengen injicirt wurden, um es gleich vorweg zu nehmen, fast gleich null. Ich werde mich daher in der Mittheilung der Krankengeschichten kurz fassen können:

1. B., Bauer; geboren 19. 6. 61. Nicht belastet, gut veranlagt. Normal entwickelt. 1880 u. 89 Gelenkrheumatismus. Im Anschluss an die zweite Erkrankung epileptische Anfälle zuerst 4 wöchentlich, später bis 8 mal am Tage. Seit 98 zunehmende Demenz, seit Ende 00 unfähig zur Arbeit. In die Anstalt aufgenommen: 19. 3. 02. Ist ständig benommen, reizbar, oft aggressiv, verkennt Personen, ist unthätig, meist im Bett. Verweigert Brombehandlung als zwecklos. 1902 hatte er durchschnittlich 1—7 Anfälle, (zumeist typische Krämpfe, selten Schwindel) im Monat, 1903 2—10 (vor der Behandlung). Beginn der Behandlung am 7. 10. 03 bei einem Körpergewicht von 82 kg. Er erhielt nur fremdes Serum, im Ganzen 590 ccm, im Verlauf von 9 Monaten. Die einzelnen



Dosen schwankten zwischen 2 und 40 ccm. Die Einspritzungen machten weder lokale noch allgemeine Reaktionen. Nur einmal trat, gleichzeitig wie bei dem Kranken M. eine Temperatursteigerung bis 38⁰ am Tage nach einer Injektion ein; beide hatten Serum der gleichen Herkunft erhalten. Im Mai und Juni 04 erhielt er ausserdem täglich 4,0 Brom in der Erlenmeyerschen Mischung. Die letzte Injektion am 30. 6. 04. Gewicht hat sich auf 89 kg gehoben. Psychisch keine Aenderung. Die Zahl der Anfälle schwankt

während der Behandlung zwischen 1—7 im Monat. Keine Nachwirkung. Näheres ergiebt die nach dem Muster der Cenischen angefertigte Kurve.

2. M. Adolph; ohne Beruf, geboren am 27. 4. 1876. Nicht belastet. Als Kind still, wenig begabt. 1889 Typhus. Seitdem epileptische Anfälle, zunächst in $^1/_2$ jährigen Zwischenräumen, später bis täglich. Zunehmende geistige Schwäche. Seit 1899 häufige, mehrtägige schwere Bewusstseinstrübungen mit Ekstase (Himmel, Teufel) und Inkohärenz. Aufgenommen: 13. 1. 1900. Flechsigsche Kur ohne Erfolg. Ohne Brom 2—17 Anfälle, mit Brom 0—7. Im ganzen ruhig, stumpf, unthätig, täglich ausser Bett. Seit Anfang Januar — September 1 — 21 Anfälle (keine Schwindel) im Monat. Bei Beginn der Serumbehandlung (7. 10. 03) Gewicht 64 kg, am Ende (30. 6. 04) 68 kg. Erhielt im Ganzen 643 ccm fremdes Serum.

1903	ccm	Anfälle
Im September		15
Oktober	7	10
November	41	5
Dezember	35	10
1904		
Januar	67	10
Februar	84	8
März	123	8
April	88	11
Mai (4 gr Brom pro die)	95	8
Juni („ „)	100	17
Juli		6

Im Juni 04 liess er sich einige Tage bewegen, sich zu beschäftigen. Ausser dieser nur vorübergehenden Besserung psychisch unverändert. Bis zuletzt häufige mit Sinnestäuschungen verbundene Erregungszustände. Die Zahl der Anfälle schwankte in der Zeit vom August bis November 04 zwischen 5 und 14.

3. K. Theodor, Weissgerber. Geboren 18. 2. 72. Nicht belastet. Epileptisch seit dem 6. Lebensjahr. Unbekannter Ursprung. Seit 1895 Alopecia universalis. Seit der gleichen Zeit fast beständig in Anstaltspflege. In Neuruppin aufgenommen: 21. 2. 01. Zuletzt immer mehr verblödet; oft wochenlang stuporös. Sucht Ratten und Ungeziefer im Bett. Heitere Stimmung, Schwachsinn, ganz unthätig, zumeist im Bett. 1901 unter Brom 4—11 Anfälle im Monat, 1902 ohne Brom 8—18. Die höchsten Ziffern während einer Kur mit Lithium carbonicum (Sept. — Dez. 02). Von Jan. — Sept. 03 ohne Brom (doch öfters wegen Unruhe Chloral 1,0—4,0) 11—22 Anfälle. Bei Beginn der Serumbehandlung (7. 10. 03) 63,2 kg., am Ende (30. 6. 04) 67,5 kg. Erhielt im Ganzen: 510 ccm eigenes Serum. Abgesehen von leichten Temperatursteigerungen im Jan. und März 04 keine Reaktionen.

1903	ccm	Anfälle
Im September		13
Oktober	8	17
November	12	16
Dezember	45	14
1904		
Januar	64	16
Februar	80	13
März	89	8
April	67	16
Mai (4,0—6,0 Brom pro die)	55	17
Juni („ „ „)	90	12
Juli		20

In den Monaten bis Nov. schwankte die Zahl der Anfälle zwischen 10 und 22. Psychisch ganz unverändert.

Die drei Kranken, welche von mir bis Ende Dez. beobachtet wurden, boten in psychischer Beziehung durchaus keine Aenderung. Die Zahl der Anfälle ist durch die Behandlung im wesentlichen unbeeinflusst geblieben. Nur das Körpergewicht stieg, ohne dass die Kost irgendwie geändert wurde, nicht unererheblich um 4—7 kg. Zum Vergleich führe ich die Gewichtsveränderungen bei den Blutspendern an. Einer nahm an Gewicht $1^1/_2$ kg. ab, zwei behielten dasselbe unverändert bei, und zwei nahmen um $5^1/_2$ und 8 kg zu; die Notizen über einen Sechsten sind verloren gegangen. Auch der Kranke K. (Fall 3), der um 4,3 kg zunahm, lieferte für die beiden andern Serum.

Um den Ursachen des Misserfolges nachzugehen, erscheint es angezeigt, kurz die theoretischen Grundlagen des Verfahrens und seine praktische Ausführung zu berühren. Ursprünglich war Ceni von dem Gedanken ausgegangen, die Widerstandsfähigkeit des kranken Organismus durch Zuführung des im epileptischen Serum enthaltenen hypothetischen Giftes dagegen zu erhöhen. Er bildete seine Theorie später dahin aus, dass im Serum zwei verschiedene Faktoren enthalten seien: Einmal das heilende Prinzip, welches bei noch nicht zu weit fortgeschrittener Erkrankung den Stoffwechsel in eigenthümlicher Weise beeinflusst und der Giftproduktion entgegen wirkt, zweitens ein giftiges Prinzip, welches die besonders im Anfang (auch nicht bei allen Fällen) hervortretenden reaktiven Allgemeinerscheinungen (Benommenheit, Zunahme der Anfälle, Verminderung des Gewichtes, Fieber) zur Folge hat. Derartige Störungen habe ich übrigens bei meinen Fällen, abgesehen von hier



und da auftretenden, leichten Temperatursteigerungen, die sich besser in anderer Weise erklären lassen, nicht beobachtet, eine Erfahrung, die gegen jene Theorie spricht. Schliesslich aber ist Ceni dazu gelangt, die Existenz eines spezifischen Autocytotoxins und eines Antiautocytotoxins im Epileptikerserum anzunehmen, die anscheinend mit jenen beiden Principien identisch sind. Während das Erstere frei im Blut cirkulirt, ist das Letztere an die corpusculären Elemente gebunden und wird aus diesen durch die Gerinnung erst frei. Diese Theorie ist noch sehr weiterer Untersuchungen, die Ceni übrigens in Aussicht stellt, bedürftig.

Haben wir es aber thatsächlich mit solchen Körpern zu thun, so würde ihre grosse Labilität einen Fingerzeig für die Erklärung von Misserfolgen bieten und die Wichtigkeit einer exakt ausgearbeiteten Technik daraus erhellen. Schon Wende erwähnt, dass Cenis Anweisungen über die Einzelheiten der Behandlung nicht ausreichend genau sind. In mancher Beziehung ist man auf eigenes Gutdünken angewiesen. Ich gewann das nöthige Blut von 7 körperlich gesunden und gut genährten Epileptikern. Obwohl aseptisch gearbeitet wurde, erhielt das Serum nach Ceni's Anweisung einen Kampherzusatz zur Konservirung und wurde 2—13 Tage alt verwendet. Genauere Vorschriften über die Einzelheiten wären aber entschieden angezeigt. Schliesslich sei auch darauf hingewiesen, dass die Schwere und Dauer der Krankheitserscheinungen in Wende's und meinen Fällen vielleicht von vornherein eine ungünstige Prognose bot. Thatsächlich hat ja Ceni seine beiden Heilungen bei zwölfjährigen Mädchen erzielt, die erst seit drei Jahren epileptisch waren. Fälle dieser Art dürften bei etwaigen weiteren Heilversuchen in erster Linie ins Auge zu fassen sein.

Es ist mir am Ende dieser kleinen Arbeit eine angenehme Pflicht, meinem früheren Chef Herrn Direktor Dr. Selle in Neu-Ruppin meinen Dank für die Ueberlassung des Materials auszusprechen.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze*.

(Fortsetzung.)

Die Vertheidigung gegen den Entmündigungsantrag ist eine die Person des Mündels betreffende Angelegenheit, die dazu erforderliche Gewährung eines Kostenvorschusses betrifft sowohl die Person als das Vermögen des Mündels, das Beschwerderecht steht daher nach § 59 Abs. 1 R. F. G. dem Mündel zu. Rechtsanwalt X. scheint aber die Beschwerde nicht im Namen des Mündels, sondern in dessen Interesse im eigenen Namen eingelegt zu haben. Das Beschwerdegericht hat ihn mit Recht nach § 57 Abs. 1 Nr. 9 R. F. G. dazu für berechtigt erachtet. Als Gläubiger des Mündels hat er allerdings das Beschwerderecht nicht (Samml. I. Nr. 97, S. 436, Entsch. in Angel. d. freiw. G. u. d. Grundbuchrechts I, S. 137, „Das Recht". 1900. S. 585.); aber als der von dem Mündel zur Durchführung der Anfechtungsklage bestellte Rechtsanwalt hat er ein berechtigtes Interesse, diese die Person seines Auftraggebers betreffende Angelegenheit wahrzunehmen, deren Erledigung für die ihm übertragene Rechtsvertheidigung des Mündels von wesentlicher Bedeutung ist. (Bayer. Oberst. Landesgericht. 20. XI. 1903.)

D. R. pag. 49. Entsch. Nr. 225.

§ 59.

Ein Bevormundeter kann in der Regel das Beschwerderecht nicht selbst ausüben. Hiervon wird zwar im § 59 für gewisse Angelegenheiten eine Ausnahme gemacht, diese kommt jedoch solchen Personen, welche geschäftsunfähig sind, nicht zu statten. Zu den Geschäftsunfähigen gehört nach § 104, Ziff. 3 B. G. B. auch ein wegen Geisteskrankheit Entmündigter, und zwar macht es nach Art. 155 E. G. keinen Unterschied, ob die Entmündigung nach dem 31. December 1899 oder vorher, und letzterenfalls, ob sie wegen Wahnsinns oder Blödsinns erfolgt ist. (K. G. Berlin. 29. II. 1904.)

D. R. pag. 317. Entscheid. Nr. 1441.

§ 60 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2. § 1776, 1778. B. G. B.

Die Uebergehung einer nach dem Gesetz zur Vormundschaft berufenen Person macht die Bestellung einer anderen Person zum Vormund nicht unwirksam, sondern giebt dem Uebergangenen nur ein Beschwerderecht, das aber mit Ablauf der im § 22 und im § 60 Abs. 2 R. F. G. vorgesehenen Frist



nicht mehr geltend gemacht werden kann. (Bayer. Oberst. L. G. 24. III. 1904.)

D. R. pag. 226. Entsch. Nr. 1094.

VIII. Haftpflichtgesetz.

§ 1.

Die höhere Gewalt im Sinne des R. H. G. setzt begrifflich vor allem ein von aussen — von ausserhalb des Betriebes — in den Betrieb eingreifendes unwiderstehliches Ereigniss voraus. Daher können nicht solche Unfälle einer höheren Gewalt zugeschrieben werden, welche in dem Betrieb, in der gefährdenden Natur des Unternehmens selbst ihren Grund haben. Die Fälle des Ueberfahrens unmündiger Kinder durch Wagen der Strassenbahn gehören zu denjenigen Ereignissen, welche durch die Natur des Betriebes einer Strassenbahn von selbst gegeben sind. Derartige Unfälle sind auf die eigenthümlichen mit dem Betriebe der Eisenbahnen bezw. elektrischen Bahnen in den Strassen verkehrsreicher Orte nothwendig verbundenen Gefahren zurückzuführen. Der Eisenbahnunternehmer hat solche Unfälle nach § 1 des Haftpflichtgesetzes zu vertreten, weil sie mit diesem Betriebe und seinen Gefahren in Zusammenhang stehen; und der Begriff der höheren Gewalt trifft hier nicht zu, da nicht eine von aussen her auf den Betrieb einwirkende Macht in Frage steht. . . . . Der vorstehend dargelegten grundsätzlichen Auffassung gegenüber kann es einen Unterschied nicht begründen, ob im Einzelfall der Strassenbahnwagen, durch welchen ein Kind verletzt worden ist, sich mit grösserer oder geringerer Fahrgeschwindigkeit bewegt hat, ob das Kind mehr oder weniger unverständig gehandelt hat, ob es plötzlich und unversehens in den Wagen hineingelaufen ist, oder schon eine Zeit vorher für den Wagenführer bemerkbar war. Wenn gegebenen Falles durch Fuhrwerke oder andere Gegenstände die Strasse eingeengt oder die Aussicht behindert war, so bildet das noch kein Moment für eine höhere Gewalt. Die Thatsache aber, dass kleine Kinder sich häufig ohne Aufsicht auf der Strasse umhertreiben und hierbei in gefährliche Nähe der Strassenbahn kommen, ist eben auch eine derjenigen Gefahren, welche der Unternehmer mit der Einrichtung und Ausführung dieses Betriebes auf sich nimmt. —

Der Einwand der höheren Gewalt ist also mit Recht verworfen worden. (R. G. VI. 4. II. 1904.)

J. W. pag. 183.

§ 1.

Zwischen Unfall und Betriebsthätigkeit muss ein innerer ursächlicher Zusammenhang vorhanden sein. Nicht erfordert aber wird, dass der Unfall einer dem Eisenbahnbetriebe eigenthümlichen Gefahr entsprungen ist. (R. G. 1. VII. 1904.)

D. R. pag. 580. Entsch. Nr 2576.

§ 1.

Zu den körperlichen Verletzungen sind auch psychische Einwirkungen zu rechnen. Die Haftpflicht tritt deshalb ein, wenn ein Fahrgast durch Explosion infolge Kurzschluss erschreckt ist, und dadurch eine schwere Nervenerschütterung mit nachtheiligen Folgen für die Gesundheit erlitten hat. (R. G. VI. 29. IX. 1904.) D. R. pag. 608. Entsch. Nr. 2677.

IX. Gewerbeordnung.

§ 30.

Nach § 30 Abs. 1 unter b. Gew. Ord. ist die Erlaubniss zum Betriebe einer Krankenanstalt unter anderem dann zu ertheilen, wenn nach den vom Unternehmer einzureichenden Beschreibungen und Plänen die baulichen und sonstigen technischen Einrichtungen der Anstalt den gesundheitspolizeilichen Anforderungen entsprechen. Diese Erlaubniss bezieht sich sonach nur auf diejenigen Räume und Einrichtungen, die der zuständigen Behörde als für den Anstaltsbetrieb bestimmt angezeigt und von ihr als zu diesem Zwecke geeignet anerkannt worden sind. Hieraus folgt aber, dass diese Räume und Einrichtungen nicht umgestaltet werden dürfen, ohne dass zuvor die Behörde die Unbedenklichkeit der beabsichtigten Aenderung vom gesundheitspolizeilichen Standpunkte geprüft und zur Ausführung Genehmigung ertheilt hat. Die Möglichkeit hierzu kann ihr aber selbstverständlich nur durch Vorlegung der erforderlichen zeichnerischen und sonstigen Unterlagen geboten werden.

Hiernach unterliegt es keinem Zweifel, dass zu der vom Kläger vorgenommenen Theilung eines Krankenzimmers in zwei zur Aufnahme von Kranken bestimmten Räumen polizeiliche Erlaubniss nothwendig ist. Aber auch hinsichtlich der baulichen Veränderungen an der Veranda muss das gleiche gelten. Es kann dahingestellt beiben, ob das Vorhandensein von Veranden zu den Erfordernissen eines Privatkrankenhauses gehört; jedenfalls bilden sie im vorliegenden Falle thatsächlich einen mindestens nicht unwesentlichen Bestandtheil der Anstalt des Klägers, da sie unbestrittenermaassen den dort zur Heilbehandlung befindlichen Personen, wenn auch nicht als Krankenzimmer, so doch zum Aufenthalte während der Tagesstunden dienen sollen. (Sächs. Oberverwaltungsgericht. I. S. 1. VII. 1903.)

Ztschr. f. Medic.-Beamte. Beilage Nr. 21. pag. 250.



§ 30.

Zur Errichtung von Anstalten der im § 30 der Gew.-Ordn. aufgeführten Art gehört und genügt die Bereitstellung von Räumen, welche Kranke, Schwangere oder Irrsinnige überhaupt — nicht bloss einzelne bestimmte Personen dieser Art — aufzunehmen geeignet sind. Nicht nöthig ist, dass die Räumlichkeiten sich zu der Aufnahme einer grösseren Anzahl von Personen eignen; es ist auch gleichgültig, ob die Personen gleichzeitig oder nacheinander einzeln aufgenommen werden; ein Grossbetrieb — wie die Revision verlangt — ist kein Erforderniss der Anstalt. Es lässt sich auch aus der Bestimmung in § 30b. a. O. nicht folgern, dass eine solche Anstalt das Vorhandensein von technischen Einrichtungen zur Voraussetzung habe. Wenn auch für die Anstalt technische Einrichtungen vom Standpunkt der Gesundheitspolizei ausgeboten sein können, so gehören sie doch nicht zum Begriffsmerkmal der Anstalt. (O. L. G. Braunschweig. 27. X. 1903.)

Ztschr. f. Med.-Beamte. Beilage Nr. 21. pag. 249.

§§ 8b. Z. 1. 19. Gesetz über die Handels- und Gewerbekammern vom 15. VIII. 1900.

Die Kreishauptmannschaft geht davon aus, dass ärztliche Privatkliniken deswegen, weil sie vom gewerbepolizeilichen Standpunkt unter den Begriff der Privatkrankenanstalt im Sinne von § 30 der Gewerbeordnung fallen, auch in wirthschaftlicher Hinsicht selbständige gewerbliche Unternehmen darstellen. Das Oberverwaltungsgericht vermag diese Auffassung nicht zu theilen. Die namentlich in grossen Städten bestehenden specialärztlichen Privatkliniken — und um solche handelt es sich auch im vorliegenden Fall ausschliesslich — werden von den betreffenden Aerzten regelmässig nicht deshalb eingerichtet, um sich durch Gewährung von Wohnung und Beköstigung an die darin aufgenommenen Kranken eine selbständige Einkommensquelle neben ihrer sonstigen ärztlichen Berufsthätigkeit zu verschaffen. Sie bilden vielmehr, wie die Kläger zutreffend hervorheben, ihrem Wesen und bestimmungsgemässen Zwecke nach lediglich ein Mittel zur sachgemässeren Ausübung der Heilkunde. Der Arzt nimmt dort diejenigen seiner Hülfe bedürftigen Kranken auf, deren erfolgreiche Behandlung in ihrer eigenen Wohnung aus sachlichen Gründen undurchführbar oder doch wenigstens unzweckmässig und schwierig sein würde. Bei diesem innigen Zusammenhang, in dem die Ausübung der ärztlichen Praxis mit dem Betriebe der Privatklinik steht — und hierin liegt das charakteristische Unterscheidungsmerkmal gegenüber den eigentlichen Privatkrankenanstalten, deren wirthschaftlicher Betrieb Selbstzweck ist, während die ärztliche Behandlung nur einen Theil der nicht einmal unbedingt vom Unternehmer persönlich zu gewährenden Anstaltsleistungen darstellt — erscheint es ausgeschlossen, die Privatkliniken als selbständige wirthschaftliche Unternehmungen zu behandeln. Sie stellen vielmehr nur eine besondere Form der Ausübung des ärztlichen Berufes dar. Wenn aber die Thätigkeit des Arztes als solche nicht als eine gewerbliche im Sinne von § 8 des Handels- und Gewerbekammergesetzes angesehen werden kann, wie das die Gewerbekammer selbst annimmt, so folgt hieraus ohne Weiteres, dass die Kläger wegen des Betriebes ihrer Privatkliniken nicht zu Beiträgen für die Gewerbekammer herangezogen werden dürfen. (Urth. des sächs. Oberverwaltungsgerichts.) D. R. pag. 186.

(Schluss folgt.)

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

6. Ueber die GK. unter α bis ζ treffen Maassnahmen die Gesetzgebungen von Baden, Hessen, New-York und Norwegen, amerikanischen Staaten.

Ad. ε. Der § 97 des Bad. P. Str G. B. ist gleichlautend mit dem § 130 des Luzernischen[50]), der § 98 mit dem § 85 dess. Ges.[51]) nur dass auch speciell Misshandlung der Kranken erwähnt wird und dass die Delicte „in einer öffentlichen Aergerniss erregenden Weise" verübt sein müssen. Diese Bestimmung nimmt der Norm den besten Theil ihrer Kraft, da der Begriff des öffentlichen Aergernisses schwer zu definiren und somit der Thäter schwer zu fassen ist.

In Hessen[52]) werden alle Aufnahmebehörden (also Anstaltsverwaltung und Kreisarzt) angewiesen, „im Falle ein GK. sich oder anderen gefährlich ist, hiervon der betr. Behörde (grh. Bürgermeisterei bezw.

[50]) [51]) s. oben unter 2.

[52]) Regul. § 13, b.



Kreisamt) Anzeige zu machen, damit sie erforderlichen Falles von Amtswegen einschreiten kann."

Norwegen (lov. § 16) bestimmt, dass tobende oder rasende Kranke (Ubaendige eller rasende Syndssyge) wenn möglich in Asylen untergebracht werden, jedenfalls aber von einem Arzte behandelt werden müssen. Ist ihre Detention in ihrem Heim („i sit Hiem"; Reuss übersetzt: in seiner Heimath) oder bei Verwandten oder anderen Personen nöthig, so muss sobald als möglich Mittheilung an den Prediger oder direct an einen examinirten Arzt erfolgen, der zu untersuchen hat, ob die Maassregeln dem Gesetz entsprechen. (§ 15).

In New-York[53]) muss ein vernachlässigter Geisteskranker vom Armenpfleger vor einen Richter gebracht werden, welcher, wenn er sein freies Umhergehen gefährlich findet, (it would be dangerous to permit such lunatic to go at large) seine Unterbringung zu veranlassen hat. Die vorläufige Unterbringung eines solchen GK. (so far disordered in his mind as to be dangerous to himself or others) in einem Gefängniss ist nur mit Bewilligung gestattet[54]).

Ad. γ und δ. In New-York[55]) findet eine Regelung der Familienpflege statt, welche für diejenigen eintritt, die gegen Entgelt (for compensation or hire) GK. verpflegen[56]). Wer einen unvermögenden Geisteskranken anders verwahrt, als nach der im Gesetz zugelassenen Weise, begeht ein Delict. Ebenso wer einen in gesetzlicher oder ungesetzlicher Weise (lawfully or unlawfully) verwahrten GK. grausam behandelt oder vernachlässigt.

In Norwegen existirt ausser der oben genannten Anzeigepflicht auch eine solche gegenüber der Obrigkeit für den angestellten oder Privatarzt, wenn Unzuträglichkeiten in Beziehung auf die Behandlung der Kranken, die sich in Privatpflege befinden, zu seiner Kenntniss kommen. (lov § 16, a. 2).

In Baden[57]) und Hessen[58]) handelt es sich nicht um eine ordentliche Regelung der Familienpflege.

Es sind nur einige Weisungen an die amtlichen Organe der Gesundheitspflege ertheilt, um den nicht internirten GK. und den aus den Anstalten ungeheilt Entlassenen einige Gewähr der richtigen Besorgung zu geben. Es haben die amtlichen Aerzte die „in Localverpflegung befindlichen" (Baden) bezw. „die Irren" ihres Bezirks („Hessen") hinsichtlich ihres physischen und psychischen Zustandes („Baden") bezw. hinsichtlich ihres Gesundheitswohles (Hessen), fortgesetzt zu beaufsichtigen, insbesondere mit Bezug auf Verpflegung, Kleidung, Beschäftigung und Verwahrung, „und für die Beseitigung etwaiger Missstände.... alsbald Sorge zu tragen" (Baden).

In beiden Staaten sind Verzeichnisse dieser GK. anzulegen, ausserdem sind periodische Irrenzählungen vorzunehmen[59]). Dasselbe gilt für Norwegen[59a]).

In Baden[60]) ist dem Kreisarzt auch „Mitwirkung bei der Unterbringung bezw. Belassung Geistesgestörter in Kreispflegeanstalten,[61])" vorgeschrieben, ebenso „Ueberführung der Wiederaufnahme versuchsweise Entlassener in die Anstalt." Auch haben sie für Herbeiführung der „Localverpflegung" zu sorgen, wenn die Aufnahme in eine Anstalt nicht sofort erfolgen kann, oder Entlassung gebesserter Ungeheilter erfolgt[62]).

Ad. η siehe unten ein besonderes Kapitel.

7. Die übrigbleibenden Staaten haben alle sub α bis η genannten GK. in ihrer Gesetzgebung berücksichtigt, ohne doch grundsätzlich eine Einbeziehung aller GK. unter ihre Aufsicht auszusprechen, oder eine gesetzliche Definition derjenigen GK. zu geben, die unter ihre Aufsicht fallen.

Es handelt sich um die Gesetzgebung von Bayern, Belgien, England, Oesterreich, Preussen, Kgr. Sachsen, Schottland, Württemberg.

Ad ε[63]). Die Gouverneure der belgischen Provinzen haben sich davon zu versichern, ob in ihren Provinzen sich GK. vorfinden, die im Interesse der öffentlichen Ordnung oder der öffentlichen oder ihrer eigenen Sicherheit internirt werden müssen. Thut die Familie nichts, so beschliesst auf Antrag des Gouverneurs der Provinzialausschuss, in dringlichen Fällen der Gouverneur selbst[64]). In Bayern bedroht im Pol. Str. GB. (§ 80) das freie Umhergehenlassen gemeingefährlicher Geisteskranker, deren Aufsicht ihm obliegt, und (§ 81) die Verwahrlosung Blödsinniger mit Strafe; die Polizeibehörde kann, wenn die Gemeingefährlichkeit durch thatsächliche Handlungen oder

[53]) law 175, 176, 177.

[54]) Reuss, 2 a. a. O. S. 81.

[55]) law 145. 192.

[56]) Im übrigen siehe unter Familienpflege. Seite 11.

[57]) § 23. Dienstanweisung f. d. Bezirks-Aerzte. 1. Jan. 1886.

[58]) Hessen, Instr. § 30, 8°.

[59]) Siehe Baden, Dienstanweisung § 23. Hessen, M. V. 28. April — 28. Mai 1880. Wiener III. S. 256, 234.

[59a]) 200 § 18.

[60]) V. 1879. § 4, 5.

[61]) siehe unten, Anstalten. Seite 11.

[62]) Erlass v. 14. April 1874. Wiener III. S. 482.

[63]) Obwohl diese Gruppe charakterisiert worden ist durch ihre Stellung zur Entmündigung, so besprechen wir doch zunächst die Behandlung der Gemeingefährlichen, da dies bisher so geschah.

[64]) loi Art. 7. 6°. ord. Art 32.

durch Urtheil (unzurechnungsfähige Verbrechen etc.) oder „in sonstiger Weise" festgestellt ist, die Unterbringung in eine Irrenanstalt oder sonst. Verwahrung, auf Grund bezirksärztlichen Gutachtens aussprechen.

In Oesterreich[65]) hat die Sicherheitsbehörde das Recht, Geisteskranke wegen „Gemeingefährlichkeit" sowohl in öffentlichen als Privatanstalten unterzubringen.

In Preussen wird die Befugniss der Polizei zur Sorge für gefährliche Geisteskranke meist auf die Vorschrift des Allgem. Landrechts Theil II, Tit. 17, § 10 basirt, wonach das Amt der Polizei ist: die nöthigen Anstalten zur Erhaltung der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung und zur Abwehr der dem Publico oder einzelnen Mitgliedern desselben bevorstehenden Gefahr zu treffen.

Diese vage Bestimmung kann natürlich interpretirt werden, wie man Lust hat[66]). Jedenfalls würde es nicht möglich sein, auf Grund derselben einen selbstmordverdächtigen Geisteskranken zu interniren, geschweige denn etwas für einen ungefährlichen Unheilbaren zu thun.

Das Rescript des Staatsraths an die Kriegs- und Domänenkammer vom 29. Sept. 1803[67]) ist ebenfalls antiquirt. Es schreibt der Polizei vor, Sicherungsmaassregeln zu treffen, wo sie Geisteskrankheit („Wahnsinn und Blödsinn") sieht. Die Psychiater konnten sich nie darüber einigen, was Wahnsinn ist, da er dem Blödsinn gegenüber nicht als einzige Möglichkeit steht, sondern nur eine specielle Form ist. Auch soll die Polizei offenbar hier nur Sicherungsmaassregeln für dritte Personen treffen.

Die „Wahn- und Blödsinnigkeitserklärung" des A. L. R. ist seit dem B. G. B. dahin gefallen. Somit scheint auch nach preuss. Recht eine nicht verlangte staatliche Fürsorge nur für gemein- (das heisst Dritten) gefährliche Geisteskranke möglich zu sein[69]). Ein ganze Reihe von Bestimmungen über die GK. der Kateg. ε kennt Sachsen.

(Fortsetzung folgt.)

[65]) MV. 1874. § 8.

[66]) Jastrowitz sagt irgendwo, dass die Begründung der preuss. Irrenfürsorge auf A. L. R. II. Tit. 17, § 10 in der Luft schwebe.

[67]) S. Ges. über die Polizeiverwaltung v. 11. März 1850.

[68]) Unger, S. 5.

[69]) In praxi scheint freilich der Begriff der Gemeingefährlichkeit in weitherzigster Weise interpretirt zu werden. (Nach privaten Mittheilungen aus der Praxis.)

Mittheilungen.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

Prof. Dr. Weygandt-Würzburg: Ueber Idiotie.

Wenn auch dem Wunsche des Vorstandes entsprechend hier vor allem die Forderungen zum Ausdruck kommen werden, die vom ärztlichen Standpunkte an die Idiotenfürsorge gestellt werden, so soll doch zunächst erörtert werden, was vom wissenschaftlichen Standpunkte unter Idiotie zu verstehen ist. Erst Esquirol hat die Gruppe des angeborenen Schwachsinns den erworbenen Schwachsinnsformen gegenübergestellt. Alle Kranke, deren Hirnentwicklung von Geburt oder den frühesten Jugendjahren an unterbrochen wurde, haben den gemeinsamen Zug, dass es bei ihnen nie zur vollen Entwicklung einer geistigen Persönlichkeit kam, einerlei, welche Ursache die Hirnentwicklung gestört hat. Gegenüber der graduellen Abstufung, die ihre klinisch-therapeutische Bedeutung hat, muss eine Gruppirung der verschiedenen, durch die Aetiologie, Anatomie und Verlaufsweise charakterisirten Formen vorgenommen werden.

Eine streng abgeschlossene Gruppe bildet die sogenannte familiäre amaurotische Idiotie nach Tay und Sachs. Solche Kinder gehen schon im zweiten Jahre unter Verblödung, Lähmungserscheinungen und eigenartigen Augensymptomen zu Grunde. Von grossem Interesse ist der histologische Befund, vor allem eine besondere fettige Entartung der Ganglienzellen.

Ebenso eine besondere Gruppe bilden die thyreogenen Fälle des endemischen und sporadischen Kretinismus, sowie der Cachexia thyreopriva, wozu als weitere endemische Gruppe der strumöse Schwachsinn zu rechnen ist.

Idiotie auf Grund von Anlagemangel, unabhängig von Krankheitsprocessen findet sich in verschiedener Weise. Die schwersten Missbildungen, Anencephalie u. s. w. leben nur ganz kurz, Fälle von Cyklopie, von Verschmelzung der Hemisphären manchmal länger, ja Balkenmangel oder Heterotopie der grauen Substanz kann ohne Intelligenzstörung bestehen.

Besonders Mikrocephaliefälle mit kleinem Hirn von makrogyrem Typus oder mit der Windungsanordnung des Neugeborenen beruhen auf dieser Entwicklungshemmung im engeren Sinne.

Häufig sind die Idiotiefälle auf Grund vasculärer Störung, meistens entzündlicher Vorgänge. Die Encephalitis kann sehr verschieden nach Zeit, Lokalisation und Intensität auftreten. Selbst die schwersten Porencephalieformen können dadurch bedingt sein, während manche Fälle von Hirnentzündung ohne Defekt vorübergehen. Die Unterscheidung von echter und von Pseudoporencephalie nach Bourneville ist nicht aufrecht zu erhalten.



Auch die Mikrogyrie findet sich in vielen Fällen als Resterscheinung einer entzündlichen Affektion. Sie ist nicht streng abzutrennen von der sogenannten atrophischen Sklerose Bourneville's. Je nach der Ausdehnung des Entzündungsprocesses kann es auch zu vollständiger halbseitiger Atrophie des Grosshirns kommen, manchmal unter vikariirender Hypertrophie anderer Theile.

Weiterhin auf entzündlicher Basis beruhen die meisten Fälle von Hydrocephalus; gewöhnlich handelt es sich um meningitische Processe und entzündliche Veränderung des Plexus chorioideus und des Ependyms, verbunden mit Erschwerung des Flüssigkeitsablaufes. Leichte Fälle bleiben zweifellos ohne Intelligenzstörung.

Die Meningitis bei Idioten beruht meist auf Syphilis. Daneben finden sich auch in Idiotenanstalten infantile Paralysen, doch kommt auch syphilitische Affektion des kindlichen Centralnervensystems ohne ausgesprochene Idiotie vor.

Diesen Gruppen gegenüber stellt die hypertrophische tuberöse Sklerose einen degenerativen Process dar.

Einen eigenen Typ bilden die mongoloiden Idioten, die Vortragender besonders in England studirt hat, allem Anschein nach auf Grund von entarteter Entwicklung beruhend, mit dem Syndrom der mongoloiden Gesichtsbildung, der rissigen papillösen Zunge und der Gelenkweichheit.

Epilepsie tritt secundär bei $^1/_3$ der Idioten auf, kann aber auch als genuine Epilepsie kindlichen Schwachsinn verursachen.

Das Schädeltrauma spielt eine einwandfreie Rolle weit seltener als gewöhnlich angenommen wird.

Kurz berührt wird die Combination mit chronischer Chorea, Athetose und Little'scher Krankheit, dann die Idiotie polysarcique und die angiodysplastische Entwicklungsverlangsamung, sowie Fürstner's sensorielle Idiotie. Ablehnend verhält sich Vortragender gegenüber der Idiocy by deprivation, den wolfs boys, ferner gegenüber dem angeborenen degenerativen Schwachsinn bei anatomischer Intaktheit des Hirns und schliesslich auch gegenüber der Annahme von Frühformen der Dementia praecox.

Hervorzuheben ist, dass zahlreiche Fälle trotz der von früh auf bestehenden Entwicklungsstörung doch noch beträchtliche Schwankungen im Verhalten zeigen, epileptische Zufälle, Erregungen, Wahnbildungen und vieles andere, das darauf hinweist, dass die Hirnprocesse noch keineswegs abgeschlossen sind; auch für ärztliche Behandlung giebt es daher noch eine Reihe von Angriffspunkten und Aufgaben.

Die Bearbeitung der vielen noch offen stehenden Probleme ist erschwert durch die Eigenart der Fürsorge der Idioten. In Frankreich wurden die ersten Anstalten eingerichtet. Im deutschen Sprachgebiete sind während der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts mehrere Anstalten auf Anregung von Aerzten und Lehrern gegründet worden; manche Idiotenlehrer haben noch nachträglich Medicin studirt. Später wurden auf geistliche Anregung Wohlthätigkeitsinstitute für schwachsinnige Kinder eingerichtet, bis seit den 90er Jahren die preussischen Provinzen angehalten wurden, für Anstalten zu sorgen.

Zur Zeit hat Deutschland 106 Anstalten, ungefähr die Hälfte steht unter geistlichem Einflusse, nur 21 sind staatlich und davon nur ein kleiner Theil steht unter ärztlicher Leitung. Von den ca. 150000 Schwachsinnigen Deutschlands sind etwa 23000 in Anstalten untergebracht, etwa 5000 davon werden unterrichtet, 8000 sind arbeitsfähig. So verdienstlich die Schaffung von Unterkunftsgelegenheit für Schwachsinnige war, so sind doch viele berechtigte ärztliche Wünsche noch unerfüllt und manche Mängel verlangen dringend Abhilfe.

Eine Anstalt von 2000 Köpfen hat den nächsten Arzt in mehreren Kilometer Entfernung. Die Tuberkulose verursacht eine ausserordentlich hohe Ziffer in der Mortalität, so 39 von 40 Todesfällen in einer Anstalt. Bedenklich sind Ohr-Blutgeschwülste, Wundliegen, ferner der scheussliche Gestank infolge des Bettnässens. Zwangsmittel sind in einigen Anstalten vorhanden, Zwangsjacken und Zwangsstühle, ferner finden sich vereinzelt noch Straflisten, in denen Kostentziehung, Einsperren oder Schläge für widerspenstiges Verhalten der schwachsinnigen Kinder vorgesehen sind oder auch mit plötzlicher Entlassung bei Ungehorsam gedroht wird. Die behördliche Revision ist mancherorts recht selten.

In Frankreich liegt die Idiotenfürsorge fast ganz in ärztlichen Händen. Bicêtre unter Bourneville ist eine Musteranstalt in Bezug auf eine medicinisch-pädagogische Behandlung wie auch wissenschaftliche Beobachtung und Materialsammlung. England, dessen Idiotenfürsorge auch unter ärztlichem Einfluss steht und über reiche Mittel verfügt, hat in Lancaster, Darent, Starcross u. s. w. mustergültige Institute.

In Deutschland ist wohl Rücksicht auf die bisherige Leistung der Anstaltsgründer und -Unterhalter angebracht, doch kann für die vielen noch unversorgten Kinder eine ausreichende Fürsorge nicht durch Privatwohlthätigkeit, sondern nur von staatlicher Seite geleistet werden. Vor allem ist Durchführung des preussischen Gesetzes vom 11. VII. 1891 zu wünschen. Bei Neugründungen ist auf Folgendes zu achten: Bildungsunfähige Schwachsinnige gehören unter allen Umständen unter ärztliche Leitung; auch von Pädagogen wird das neuerdings mehrfach anerkannt. Bildungsfähige, die womöglich einmal selbständig ihr Brot verdienen können, sind möglichst davon zu trennen, bei ihrer Behandlung liegt ein Hauptgewicht auf dem Elementar- und dem Handwerksunterricht; an grösseren Anstalten für solche sollte jedoch ein Hausarzt koordinirt sein. Die erwachsenen, arbeits-, aber nicht entlassungsfähigen Idioten sind ganz wie die sekundär verblödeten Irren in Anstalten mit Kolonialbetrieb zu behandeln.

Der Schaffung separater Idiotenanstalten aus praktischen Gründen vorzuziehen wäre es, wenn man bei der Gründung neuer Anstalten als Appendix, in der Art eines Vorwerkes auch für 2—300 Idioten Fürsorge treffen würde. Die Verärztlichung der Idiotenpflege ist das Ergebniss jeder wissenschaftlichen Be-

schäftigung mit dem Gegenstande und entspricht am meisten dem Wohl dieser Kranken.

(Das Referat ist illustrirt durch eine Sammlung von Abbildungen idiotischer Hirne, mikroskopischen Bildern von idiotischen Hirnrinden und anderen bildlichen Darstellungen.) (Fortsetzung folgt.)

— **Verein für Psychiatrie und Neurologie in Wien.** Sitzung vom 14. März 1905.

Dr. A. Fuchs demonstrirt

1. Einen bereits 1902 vorgestellten Patienten mit Tumor Hypophyseos. Die damalige bitemporale Hemianopsie hat sich zu einer vollkommenen Amaurose ex atrophia nervi opt. verwandelt, die Obesitas universalis hat zugenommen, die Röntgenbilder von 1902 und von jetzt zeigen eine Zunahme der Usur des Keilbeines. Es besteht rechtsseitige Hemiparese. Kopfschmerzen, Abnahme der Function der Testikel fehlen.

2. Einen Fall von Syringomyelie mit Beginn im 7. und 8. Dorsalsegment und Fortschreiten in das Lendenmark. Pat. zeigt spastische Parese des l. Beines mit Rigor und Reflexsteigerung, mässiger Atrophie; Analgesie links vorne in der Höhe des 7. und 8. Dorsalsegmentes, rückwärts 2—3 Querfinger höher hinaufreichend; Hypalgesie und Thermhypästhesie der linken Unterextremiät.

3. Ein 25jähriges Mädchen mit einer Herderkrankung in der Linkearmregion: Mehrere Wochen allmählich zunehmende Parese des l. Armes, manchmal leichtes Schwindelgefühl. Der paretische l. Arm ist ataktisch, Lageempfindung, Muskelsinn, stereognostisches Vermögen desselben sehr herabgesetzt, die Finger der l. Hand zeigen athetoide Bewegungen. Beide Papillae optici abgeblasst, unscharf begrenzt.

4. Ein 22jähriges Mädchen, bei dem sich plötzlich und ohne greifbaren Grund eine Beugekontraktur der Finger der r. und l. Hand entwickelte. Es handelt sich hier, worauf schon der Erfolg einer elektrischen Suggestivtherapie hinweist, um eine functionelle Störung.

5. Einen 13jährigen Knaben. Seine Mutter litt zur Zeit, als sie mit ihm schwanger war, an heftigen Blutungen. Der Knabe wurde asphyktisch geboren und erkrankte am fünften Tage an Convulsionen. Ein gewisser Grad geistiger Regsamkeit ist bei dem Kinde vorhanden, obwohl die Sprachentwicklung völlig fehlt.

Dr. Arthur Schüller demonstrirt die anatomischen Präparate eines Falles von angeborener Microgyrie nebst Syringomyelia gliosa und multipler Hirn-Rückenmarkssklerose. Im Anschluss daran spricht Schüller über Combinationen organischer Erkrankungen des Nervensystems.

Prof. Dr. Emil Redlich bespricht mehrere Fälle von Hemiparese mit Steigerung der Hautreflexe auf der gelähmten Seite. Er erklärt diesen Umstand durch Reizzustände in der Rinde, was auch dadurch wahrscheinlich wird, dass in der Mehrzahl der Fälle Jackson'sche Anfälle bestanden. S.

— **Zur Psychologie des Falles Kracht.** Von E. Hess (Görlitz). In den Ausführungen Wagemann's in Nr. 6 der „Psych.-Neurol. Woch." habe ich die Erwähnung eines Punktes vermisst, auf den ich deshalb kurz hinweisen möchte, nicht mit eigenen Worten, sondern indem ich eine Stelle aus Scholz (Bremen): Die moralische Anästhesie*), S. 107, citire. Scholz bespricht die sexuellen Perversitäten und fährt dann fort: „Auch anonyme Briefschreiberei ist oft hierher zu rechnen. Der Schreiber, meist ist es eine Schreiberin, wird von sexuellen Motiven geleitet, es gewährt ihr einen angenehmen Kitzel, sich an die Stelle der Empfängerin zu denken und die dieser zugeschleuderten Unflätigkeiten und Obszönitäten noch einmal vom anderen Standpunkt aus durchzukosten. Die schwere damit verbundene Kränkung ist ein sadistisches Element oder kommt wenigstens als erwünschtes Nebenmotiv zur Geltung."

Ob etwa die That der Lemgo'er anonymen Briefschreiberin von diesem Standpunkt aus zu werthen ist, kann der Fernstehende natürlich nicht beurtheilen: die Perversität würde ja selbstverständlich auch die Zurechnungsfähigkeit nicht ohne weiteres ausschliessen. Aber es scheint mir richtig, in dem komplicirten Fall diesen Punkt nicht zu ignoriren. Verschiedene Masseusenprocesse und der Process Murri-Bonmartini zeigten ja deutlich, wie viel Sexualität und Perversität in Briefen entladen wird; schliesslich die harmloseste Methode, wenn sie auf Gegenseitigkeit beruht, dagegen im höchsten Grade gemeingefährlich, wenn sie nur einseitig geübt wird.

*) Verlag von Eduard Heinrich Mayer in Leipzig. 1904.

Referate.

— Allgemeine Zeitschrift f. Psychiatrie und psych.-gerichtl. Medicin. Bd. 61, H. 6.

Gross-Graz: Zur Biologie des Sprachapparates.

Die Summe aller Leistungen des Gesammtorganismus, die auf den gemeinsamen biologischen Zweck der Verständigung Bezug haben, ist eine specifische, von einem besonderen System zusammengehaltene und regulirte Componente der Orientirung. Die Fähigkeit, Verständigungsactionen als solche zu verstehen, vorzustellen und zu produciren, bezeichnet Verf. als signale Orientirung. Der als Sprachfeld bezeichnete Hirnbezirk ist als Centrum der signalen Orientirung zu betrachten und dient nicht der Lautsprache allein, sondern leistet die Zusammenfassung aller perceptiven und reactiven Fähigkeiten aller Sinnessysteme, soweit dieselben auf die einheitliche biologische Tendenz der Verständigung Bezug haben. Die gemeinsame Centralisirung aller Verständigungsmöglichkeiten bedingt die Störungen der Gebärdensprache bei ausgedehnten aphasischen Herderkrankungen. Wo bei schweren Aphasien Störungen der Gebärdensprache vorkommen, erscheinen die Störungen der Lautsprache und die der Gebärdensprache als koordinirte Symptome einer Herderkrankung. Die ausgedehnteren Schädigungen des Centrums der signalen Orientirung alteriren alle psychischen Qualitäten, soweit dieselben auf das Moment der Verständigung Bezug haben. Die Selbstwahrnehmung aphatischer Symptome ist abhängig von der Vorstell-



barkeit der Verständigungsmomente überhaupt. Es ist möglich, dass das Centrum der signalen Orientirung als die corticale Vertretung eines subcorticalen Apparates zu betrachten ist, von welch letzterem die Anregung zu den Automatismen der Reiznachahmung angeregt wird, und dass es die Function des corticalen Centrums wäre, durch seine innigen Bezüge mit dem übrigen Cortex aus diesen Automatismen die signale Orientirung als Componente der Gesammtorientirung herauszudifferenziren.

Albrecht-Graz: Zusammenhang von Aphasie und Geistesstörung.

Verf. beschreibt zwei Fälle, in denen Trinker durch apoplectische Insulte aphatisch geworden waren und nach einiger Zeit Hallucinationen, Beziehungsideen, ängstliche, gereizte Stimmung und schliesslich Grössenideen darboten. Diese Paranoia der Aphatiker zeichnete sich durch das eigenthümlich verzerrte Bild eines chronischen systematisirten Wahns aus.

Arnemann-Grossschweidnitz.

— Die Irrenanstalten des Kreises Mittelfranken. Denkschrift zur Errichtung der Kreisirrenanstalt Ansbach, herausgegeben vom Kreise Mittelfranken. Ansbach 1904.

Das mit zahlreichen ausgezeichneten Situationsplänen und Abbildungen ausgestattete, umfangreiche Werk war anfänglich nur als eine Darstellung der beim Entwurf und Bau der Kreisirrenanstalt Ansbach gewonnenen Erfahrungen gedacht; daher kommt in der Hauptsache der Erbauer zum Wort. Der naheliegende Gedanke zugleich einen Ueberblick über die bisherige Entwicklung des Irrenwesens in Mittelfranken zu geben, veranlasste die Aufnahme zweier weiterer Abhandlungen; in der einen schildert Oberarzt Koeberlin-Erlangen das Irrenhaus Schwabach, in der zweiten berichtet Director Würrschmidt-Erlangen über die Entstehung und Entwicklung der Erlanger Anstalt. —

Die Eröffnung des Schwabacher Irrenhauses fällt ins Jahr 1781; vorher fanden die Geisteskranken in der dortigen Strafanstalt Aufnahme und Verpflegung. Es stellt einen Anbau an das Gefängniss dar: ein aus zwei Flügeln bestehender Bau mit zwei Stockwerken — das untere für unruhige, das obere für ruhigere Elemente bestimmt — mit kleinen Fenstern nahe unter der Decke, durchzogen von einem Corridor. Um die ärztliche Fürsorge war es schlimm bestellt; das ärztliche Jahresgehalt von 10 fl. — später auf 75 fl. erhöht — berechtigt diese Vermuthung. Schon 1809 tauchte der Vorschlag auf, die Anstalt an den Sitz einer Academie — Erlangen — zu verlegen; er kam damals nicht zur Ausführung, erst der Anfang der 30er Jahre brachte den Beschluss zur Erbauung einer Heil- und Pflegeanstalt in Erlangen. Mannigfache Gründe verzögerten die Inangriffnahme wie die rasche Vollendung des Baues, der dann endlich 1846 dem Betrieb übergeben werden konnte.

Die Anlage der Erlanger Anstalt erfolgte in Kreuzform mit in der Mitte gelegener Beobachtungsstation; Raum war für 100 Kranke vorhanden. 1853 machte sich der erste Platzmangel geltend, 1858 waren bereits 180 Kranke in der Anstalt. Die folgenden Jahrzehnte brachten immer wieder neue Erweiterungsbauten, wobei bei der Unzweckmässigkeit der Kreuzform zum Weiterbau zum geschlossenen Pavillonsystem übergegangen wurde. Die Jahre 1869 bis 1871 brachten ein besonders starkes Anwachsen der Krankenziffer; damals wurde zum erstenmal der Gedanke an die Errichtung einer zweiten Anstalt laut. Der vorgelegte Entwurf war jedoch zu kostspielig; ein anderer Vorschlag, ein bei Ansbach gelegenes Schloss zu einer Pflegeanstalt zu adaptiren, wurde ebenfalls nicht zur Ausführung gebracht, statt dessen entschloss man sich zu weiteren Anbauten an die Erlanger Anstalt. 1898 hatte der Krankenstand bei einer Belegzahl von 760 Betten 817 erreicht; eine Vergrösserung konnte nicht mehr in Betracht kommen, da bei der raschen Entwicklung der Stadt Erlangen das Anstaltsterrain ringsum eingebaut war. Aus diesen Gründen entschloss sich der Landrath zur Erbauung einer „zweiten vollständigen Kreisirrenanstalt mit Heil- und Verpflegungsvorrichtungen, sowie mit landwirthschaftlichem Betrieb, eigener ärztlicher Leitung und besonderer Verwaltung", nachdem das Projekt der Errichtung einer Filiale der Erlanger Anstalt für Unheilbare die Zustimmung des Staatsministeriums nicht gefunden hatte.

Soviel über den Inhalt der beiden ersten Abschnitte; im dritten findet sich eine alle Einzelheiten berührende Beschreibung der bisher ausgeführten Anstaltsbauten wie der für die zweite Bauperiode vorgesehenen Gebäude, mit deren Ausführung dann das Bauprogramm seine Vollendung erreicht hat. Aus diesem umfang- wie inhaltsreichen Theil des Werkes sei kurz Folgendes hervorgehoben.

Das von Medicinalrath Würrschmidt und Kreisbaurath Förster vorgelegte Programm wurde 1899 genehmigt; als Bauplatz war mit Rücksicht auf die centrale Lage im Kreis und die Nähe zweier Hauptbahnlinien ein Gelände bei Ansbach gewählt worden. Einen Waldkomplex von 40 Tagwerk hatte die Stadt zur Verfügung gestellt, der Rest des Terrains wurde um 280000 M. erworben; die Anstalt sollte in zwei Bauperioden mit einem Aufwand von 6300000 M. erbaut werden. Im Frühjahr 1900 wurde der Bau in Angriff genommen.

Die Anstalt erstreckt sich in ihrer Hauptachse von Ost nach West in einer Länge von ungefähr 1000 m; die Gebäude sind in zwei Gruppen geschieden, eine östliche, welche die Verwaltungs-, Betriebs- und Wirthschaftsgebäude und zwei Landhäuser umfasst, während in der westlichen die Krankenabtheilungen verstreut sind. Isolirt von diesen Gruppen liegen das Leichenhaus, der Infectionspavillon und die Gebäude für den Oeconomiebetrieb. Das Oeconomiegelände umfasst 140 Tagwerk, von denen 40 bewaldet sind; Gebäude, Wege und Gärten zusammen bedecken einen Bodenraum von 100 Tagwerk. Der Höhenunterschied innerhalb der Umzäunung beträgt 38 m; trotzdem treffen auf die Hauptverkehrsstrasse nur 5%, auf die Fusswege 3% Steigung. Der Hauptweg theilt die Krankenpavillons in zwei Abschnitte, einen südlichen für die Frauen-, einen nördlichen für die Männerabtheilungen. Ein

4520 m langer Holzzaun umfasst das Anstaltsgelände; an den Abtheilungsgärten kamen Zäune aus Drahtgeflecht zur Verwendung, nur bei den beiden Wachpavillons für Unruhige und den Abtheilungen für die unüberwachten Unruhigen sind die Gärten mit einem Holzlattenzaun umgeben.

Die äussere Ausstattung ist für die Verwaltungs- wie für die Krankengebäude die gleiche; helle Mauern mit grüner Spalierlattung, an den Abtheilungen ausserdem Veranden. Die Bezeichnung der einzelnen Gebäude erfolgt nach Buchstaben, in der Hauptsache den Anfangsbuchstaben der Zweckbezeichnung; die der Benennung angefügte Zahl 1 oder 2 bezeichnet das Geschlecht; so z. B. WR_2 = Wachstation für ruhige Frauen (2), WU_1 = Wachstation für unruhige Männer (1), KK = Kochküche, BE = Bet- und Erholungshaus.

Die Beheizung sämmtlicher Bauten mit Ausnahme des Pförtnerhauses, der Oeconomiegebäude, des Bedienstetenwohnhauses, des Infectionspavillons und des Leichenhauses geschieht mittels Fernheizung. Die Heizrohre sind in Heizgänge verlegt, in denen ausserdem die Kabel, Telephonleitungen etc. untergebracht sind.

Die Beleuchtung ist durchweg electrisch; der Strom wird im eigenen Electricitätswerk unter Verwendung der Kessel für die Heizanlage erzeugt. Gas kommt nur in der Anstaltsküche und den Wohnungen zu Kochzwecken, ausserdem im Laboratorium und der Waschküche zur Verwendung.

Das Wasser führt die städtische Wasserleitung zu; das Sprengwasser liefert ein 38 m tiefer Brunnen des Anstaltsterrains.

Die Abwässer und die Abgänge gelangen in eine sechskammerige Sammelgrube, die mit dem städtischen Kanalnetz in Verbindung steht. Die Anlage von Rieselfeldern scheiterte an der hierfür ungeeigneten Bodenbeschaffenheit.

An die Schwachstromanlage sind die Telephone, die Uhren, die Läutewerke, die Thüröffner und die Controlluhr der Wachstationen angeschlossen. Die Umschaltstelle für das Anstaltstelephon liegt im Pförtnerhaus, die electrischen Uhren stehen mit der im Directorbureau befindlichen Standuhr in Verbindung.

Diesen allgemeinen, ausführlich dargestellten Angaben folgt eine ebenso eingehende Beschreibung der einzelnen Theile der Anstalt; sie umfasst in ihrer jetzigen Form:

das Pförtnerhaus,
„ Verwaltungsgebäude,
„ Kochküchengebäude,
„ Waschküchengebäude,
„ Maschinen- und Kesselhaus,
„ Bedienstetenwohnhaus,
„ Directorhaus,
„ Werkstättengebäude,
„ Bet- und Erholungshaus,
die Krankenpavillons,
den Oeconomiehof und den Gemüsegarten.

Ein Aerztewohnhaus für zwei verheirathete Aerzte wurde vor kurzem vollendet, zwei Landhäuser für Kranke besserer Stände und ein Pavillon für 54 unüberwachte ruhige Männer sind noch im Bau begriffen.

Auf Einzelheiten kann hier nicht eingegangen werden; nur bezüglich der Krankenabtheilungen sei einiges hervorgehoben. Diese zerfallen in eingeschossige und zweigeschossige Bauten; in den ersteren sind die dauernd überwachungsbedürftigen und gebrechlichen Kranken untergebracht; sie sind derart eingetheilt, dass die Wach- und Schlafsäle im Mittelbau belegen sind, während sich die Garderoben, Einzelzimmer, Tagesräume etc. in den Seitentheilen befinden; auf den Wachstationen sind Dauerbäder eingerichtet. Die Landhäuser und die Pavillons für die Halbruhigen und unüberwachten Unruhigen sind zweigeschossig; im Obergeschoss sind die Schlafräume, zu ebener Erde die Tagessäle etc. belegen. Fenstergitter giebt es nirgends; dreitheilige Drehflügelfenster bieten genügende Sicherheit.

Mit einem Ueberblick über die Baukosten, die Bauleitung, die Kosten des Anstaltsbetriebs und die künftige Erweiterung schliesst der Verfasser. Im Anhang sind die einzelnen Programme für die Errichtung der Anstalt, ein Bericht über die Eröffnungsfeier und eine Reihe von Dienstes- und Betriebsvorschriften zum Abdruck gelangt. Hier muss bemerkt werden, dass sich bei den Angaben über die Bezugs- und Unterhaltsverhältnisse des Pflegepersonals ein Fehler eingeschlichen hat, die angeführten Besoldungen entsprechen den früheren Verhältnissen, die jetzigen Bezüge sind weitaus günstiger. —

In seiner Gesammtheit bietet das Werk einen Ueberblick über die Entwicklung des Irrenwesens in Mittelfranken: bis 1780 die Verwahrung geistig erkrankter Personen zusammen mit den Sträflingen, 1781 die Erbauung einer gesonderten Anstalt ohne Heilzweck, gemeinsam verwaltet mit der Gefangenenanstalt, 1846 die Errichtung einer Heil- und Pflegeanstalt und 1902 die Eröffnung einer modernen, freien Anstalt mit allen Einrichtungen zur Heilung wie zur geeigneten Beschäftigung der Kranken. Neben dieser historischen Seite des Buches ist der eigentliche Zweck, eine eingehende Schilderung der mannigfachen technischen Erfahrungen bei der Ausgestaltung einer modernen Anstalt, erreicht; dieser Umstand wird dem Buche bei den technischen wie ärztlichen Sachverständigen eine willkommene Aufnahme sichern.

Sandner-Ansbach.

Personalnachrichten.

— An Stelle des verstorbenen Dr. Brie ist Oberarzt Dr. Flügge-Grafenberg zum Director der Prov.-Irrenanstalt Johannisthal bei Süchteln. Oberarzt Dr. Deiters-Bonn zum 1. Oberarzt an der Prov.-Irrenanstalt Grafenberg ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 8. 20. Mai. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der nied.-öst. Landes-Pflegeanstalt für Geisteskranke in Ybbs.

Zur Aetiologie der Dementia praecox.

Von Dr. *Gregor Steiner.*

Die Diagnostik der Geisteskranken hat durch die Aufstellung des Krankheitsbegriffes Dementia praecox eine wesentliche Umgestaltung erfahren. Die Lehre Kraepelin's von der Dementia praecox hat sich rasch Bahn gebrochen, und wir sehen diese Diagnose allenthalben in steter Zunahme begriffen. Die Symptomatologie dieser Krankheitsform ist schon ziemlich weit ausgebaut, doch hinsichtlich der pathologischen Anatomie und Aetiologie ist noch wenig bekannt. Kraepelin meint, dass bei der Dementia praecox höchstwahrscheinlich eine theilweise Schädigung oder Vernichtung von Hirnrindenzellen stattfinde, die sich in einzelnen Fällen wieder ausgleichen könne, meist aber eine eigenartige dauernde Beeinträchtigung des Seelenlebens nach sich ziehe. Am meisten sprechen die bisherigen Rindenbefunde für die Annahme einer chemischen Schädlichkeit und Kraepelin glaubt, dass es wohl am nächsten liege, bei dem Fehlen jeder erkennbaren äusseren Ursache an eine Selbstvergiftung zu denken, die möglicherweise in irgend einem näheren oder entfernteren Zusammenhange mit Vorgängen in den Geschlechtsorganen stehen könnte. Er bringt damit in Analogie, dass manche Idioten und Epileptiker zur Zeit der Geschlechtsentwicklung einen entschiedenen Rückgang ihrer geistigen Kräfte darbieten, ferner dass auch bei Imbecillen Erkrankungen an Hebephrenie zu dieser Zeit beobachtet wurden.

Als vorbereitende Ursache kommt wohl häufig die hereditäre Belastung in Betracht. Kraepelin findet in 70% der Fälle erbliche Veranlagung, andere Autoren beobachteten einen noch höheren Procentsatz. Oefters wurde gleichartige Vererbung beobachtet, auch andere Psychosen kamen in der Ascendenz vor. Kraepelin unterscheidet sogar hinsichtlich der Beziehungen der hereditären Belastung zu den einzelnen Formen der Dementia praecox, und es scheinen ihm die hebephrenen Formen weniger, die paranoiden hingegen stärker durch erbliche Belastung beeinflusst zu werden. Er beobachtete ferner, dass in 20% der Fälle allerlei Eigenthümlichkeiten des Wesens sich vorfanden, auch gelangten nicht selten verschiedene körperliche Degenerationszeichen zur Beobachtung.

Von den sonstigen Ursachen werden erwähnt schwere acute Krankheiten, Gehirnerkrankungen, Kerkerhaft, Schwangerschaft, Wochenbett. Bezüglich der acuten Krankheiten hebt Kraepelin hervor, dass sie in etwa 10% der Fälle, am häufigsten Typhus oder Scharlach vorausgegangen waren, doch vergingen bis zum Auftreten der psychischen Störung meist viele Jahre, oft liess sich jedoch seit der acuten körperlichen Erkrankung an den Kranken eine Charakterveränderung, ferner Reizbarkeit, sowie auch eine verminderte geistige Leistungsfähigkeit constatiren. 6% der Fälle Kraepelins erkrankten acut im Gefängnisse, nicht immer in Einzelhaft. Bei 24% der weiblichen Kranken brach die Krankheit im Anschlusse an die Schwangerschaft und das Wochenbett aus. Dem Alkoholmissbrauch wird keine Bedeutung für die Entstehung dieser Geistesstörung zugestanden.

Im Folgenden möchte ich auf eine vielleicht nicht gar so seltene Ursache der Dementia praecox aufmerksam machen, nämlich auf eine vorausgegangene luetische Affection. Gerade auf dieses Moment ist bisher noch wenig Gewicht gelegt worden und ich möchte an einigen Krankengeschichten die Beziehungen der Lues zur Entstehung dieser Geistesstörung kurz besprechen. Von 25 diagnostisch sicher gestellten Fällen der Männerabtheilung liess sich bei



vier Kranken in der Anamnese vorausgegangene Lues mit Sicherheit feststellen.

Fall I. Anamnese (Angabe des Vaters). Patient H. J. stammt angeblich von gesunden Eltern, eine Schwester des Kranken war im Anschluss an ein Wochenbett 2 mal geistesgestört und stand in einer Privatheilanstalt in irrenärztlicher Behandlung, ein Bruder erschoss sich im 18. Lebensjahre infolge eines geringfügigen Streites. Sonstige Geistesstörungen sind in seiner Familie angeblich nicht vorgekommen. Der Kranke machte in seinem 6. Lebensjahre eine schwere fieberhafte Erkrankung durch, die einerseits als Meningitis, anderseits als Typhus bezeichnet wurde. Der Kranke hat die Volks- und Bürgerschule mit gutem Erfolge besucht, hierauf absolvirte er das technologische Gewerbemuseum mit zufriedenstellendem Erfolge. Er arbeitete hierauf in grösseren Tischlereien in Wien, um sich für sein Fach practisch auszubilden. Behufs weiterer Ausbildung begab er sich dann ins Ausland (Schweiz, Frankreich). Im August 1900 im Alter von 22 Jahren acquirirte er in Paris Lues, machte dann in einem Spitale eine Schmierkur durch. Bald darauf erhielten seine Eltern von ihm ziemlich verworrene Briefe, dann erhielten sie einige Monate gar keine Nachrichten. Er wurde subsistenzlos aufgegriffen und nach Wien befördert. Bei seiner Ankunft in Wien (October 1900) war der Kranke ganz verworren, sprach incohaerent. Er verkannte die Personen, glaubte in Wien Anwesende (z. B. den Polizeibezirksarzt) bereits in Paris gesehen zu haben.

Bei der polizeiärztlichen Untersuchung zeigte der Kranke heitere Stimmung, Neigung zu läppischen Witzen. Fragen wurden meist mit Gegenfragen, die oft den Inhalt der Frage hatten, beantwortet oder auch in ganz verkehrter den Zweck der Frage verkennender Weise, z. B.: Wie heissen die Wochentage? Antwort: so wie sie gemacht worden sind. Auch spontan wurden ganz verkehrte und unsinnige Aeusserungen gemacht.

An der Haut des Stammes und der Extremitäten zeigte der Kranke ein abgeblasstes, stellenweise nur Pigmentirung zeigendes luetisches Exanthem. Angina syphilitica.

Der Kranke wurde der Irrenanstalt überstellt und steht seither mit Ausnahme einer kleinen Unterbrechung in irrenärztlicher Behandlung. Es trat damals im Anschlusse an eine Jodtherapie ein Remissionsstadium auf, welches einige Monate anhielt. Derzeit bietet der Kranke das typische Bild der Dementia praecox. Er zeigt Urtheilsschwäche und hochgradige gemüthliche Verblödung. Läppisch kindisches Benehmen. Er äussert demente hypochondrische Wahnideen, er habe in seinem Bauche Ratten, welche ihn fortwährend belästigen etc. Er ist ganz interesselos, grimassirt, zeigt Neigung zu Stereotypien. Plötzlich treten bisweilen bei dem ganz affectlosen Kranken kurzdauernde Erregungsphasen auf, wobei Patient aggressiv ist und sich selbst Verletzungen beibringt. Er ist sehr nachlässig in seinem Aeusseren, zupft sich aus „Langeweile" die Barthaare aus.

Fall II. Anamnese (Angabe der Mutter). Patient J. M. stammt angeblich aus gesunder Familie. Als Kind soll er stets gesund gewesen sein. Die Schule absolvirte er mit gutem Erfolge und bildete sich dann als Schauspieler aus. Im Jahre 1894, im Alter von 25 Jahren acquirirte er Lues, machte im Rudolfsspital in Wien eine Inunctionskur durch und stand im nächsten Jahre wegen eines Recidivs auf der Poliklinik in Behandlung. Der Kranke zeigte seit dieser Zeit eine wesentliche Veränderung in seinem Verhalten. Er zeigte grosse Theilnahmslosigkeit, brach jeden Verkehr mit seinen Bekannten ab, sprach sehr wenig. Er zeigte nicht die geringste Lust zu einer Beschäftigung, gab seinen Beruf auf. Er beantwortete Fragen oftmals ganz verkehrt, seine Aeusserungen waren häufig sinnlos und unzusammenhängend. Bisweilen antwortete er ganz sinngemäss und zeigte ziemlich gute Auffassung. Manchmal war er auffallend heiter gestimmt, machte allerlei dumme Spässe. Im selben Jahre beging Patient einen Suicidversuch (Phosphor) ohne Grund. Er wurde deshalb der psychiatrischen Klinik überstellt. Derzeit ist Patient örtlich sowie zeitlich orientirt, bietet weitgehende geistige Verödung. Er zeigt Bewegungsstereotypien, Negativismus. Sehr häufig spricht Pat. weder spontan noch auf Befragen. Oft sind auch geordnete und ziemlich sinngemässe Antworten von ihm zu erhalten. Er ist hochgradig theilnahmslos, ohne Verkehr mit seinen Mitpatienten. Lacht auch häufig ohne eruirbares Motiv. Bisweilen ist Patient ganz unmotivirt aggressiv gegen seine Umgebung. Er verweigert auch zeitweise die Nahrungsaufnahme.

Fall III. Anamnese (Angabe des Vaters). Patient V. V. ist angeblich nicht hereditär belastet. In seiner Jugend soll er stets gesund gewesen sein. Im Jahre 1888, im Alter von 24 Jahren, habe der Kranke Lues acquirirt und im Garnisonsspitale eine Schmierkur durchgemacht. Die Schule hat er mit gutem Erfolg absolvirt, nach dem Militär ging er zur Gensdarmerie und bekam später als Conducteur eine Anstellung bei der Eisenbahn. Er heirathete später, seine Frau hat vier gesunde Kinder geboren, nie abortirt. Seine geistige Erkrankung besteht seit sechs Jahren. Zwischen der luetischen Affection und der Entsteh-



ung der Geistesstörung besteht ein Zeitraum von beiläufig 10 Jahren. Erwähnenswerth ist, dass er schon einige Jahre vorher wegen Kohlendiebstahles in gerichtlicher Untersuchung stand. Ob ein luetisches Recidiv bestanden hat, lässt sich nicht mit Bestimmtheit eruiren.

Der Kranke zeigte sich anfangs heiter verstimmt, sprach incohaerent, äusserte demente Grössenideen. Er zeigte kindisch läppisches Benehmen, begleitete sein Geschwätz mit lebhaftem Gesticuliren. Derzeit ist Patient ziemlich klar, zeigt Urtheilsschwäche und gemüthliche Verblödung bei ziemlich guter Auffassung. Er zeigt affectirt kindisches Gebahren, spricht meist in gespreiztem Schriftdeutsch, declamirt im pathetischen Tone leere Phrasen. Er bringt auch demente hypochondrische Ideen vor ohne affective Betonung. Grimassiren. Stereotypien.

Fall IV. Anamnese (Angabe des Vaters). Patient A. J. ist angeblich nicht hereditär belastet. Als Kind soll er an Fraisen gelitten haben. Im Alter von 12 Jahren stürzte er von einem Kirchthurme aus ziemlich bedeutender Höhe herab. Er soll nach dem Sturze einige Zeit bewusstlos gewesen sein. Im Alter von 20 Jahren acquirirte er Lues, zu deren Heilung drei Monate Spitalsbehandlung nöthig waren. Bald darauf fiel seinem Dienstherrn eine Veränderung in seinem Benehmen auf. Der Kranke, der früher stets lustig war und häufig an Unterhaltungen theilnahm, zeigte sich plötzlich sehr zurückgezogen, traurig verstimmt. Er wurde auch nachlässig, verrichtete seine Arbeiten ungeschickt und schleuderhaft. Sein Befinden verschlechterte sich, er wurde unruhig, sprach sinnlos, wurde ganz unmotivirt gegen seine Umgebung aggressiv. Seit dieser Zeit (1889) steht Patient in Anstaltsbehandlung.

Er zeigt affectirt kindisches Gebahren, zeigt beträchtliche Urtheilsschwäche und Theilnahmslosigkeit. Er blickt mit apathischer, blöde lächelnder Miene vor sich hin. Häufiges Grimassiren, unmotivirtes Auflachen. Monologisirt sinnloses Zeug, dabei oft lebhaft gesticulirend. Oftmals bizarre Körperstellung. Früher auch unmotivirt aggressiv.

Ausser diesen angeführten Fällen wären noch 2 Fälle, bei denen das Vorausgehen einer luetischen Affection sich zwar nicht mit Sicherheit feststellen liess, aber doch wahrscheinlich sein dürfte. Ich möchte auch hervorheben, dass bei 10 Kranken keine verlässlichen anamnestischen Daten zu erhalten waren.

Fall I, II, IV haben gemeinsam, dass das Auftreten der Geistesstörung sich unmittelbar an die syphilitische Affection anschloss, während im Falle III zwischen beiden Krankheiten ein längerer Zeitraum von ca. 8 bis 10 Jahren verstrichen war. Auch im Falle Pötzl's haben sich die ersten Symptome der Geistesstörung im unmittelbaren Zusammenhang mit einer Initialsklerose entwickelt. Bei der Discussion über den Fall Pötzl's hob Wagner hervor, dass auch er in mehreren Fällen die Entstehung von Dementia praecox im Anschlusse an Lues beobachtet habe und bezeichnete es als wahrscheinlich, dass die Syphilis in der Aetiologie dieser Geistesstörung in Betracht komme.

Durch die Publication meiner Fälle möchte ich die Aufmerksamkeit auf dieses ätiologische Moment richten, zumal ja dasselbe bisher sehr wenig Beachtung fand und darüber noch nicht viel bekannt ist. Es wäre vielleicht auch zu ermitteln, ob nicht die einzelnen Formen der Dementia praecox durch die Lues verschieden beeinflusst werden. Naheliegend erscheint mir auch die Annahme, dass die Dementia praecox und die progressive Paralyse, die ja auch symptomatologisch viele gleiche Züge bieten, in ätiologischer Hinsicht als vielleicht verwandte Krankheitsprocesse aufzufassen wären.

Wichtige Entscheidungen auf dem Gebiete der gerichtlichen Psychiatrie. IV.

Aus der Litteratur des Jahres 1904 zusammengestellt von *Ernst Schultze.*

(Schluss.)

X. Handelsgesetzbuch.

§ 2.

. . . . Es kann nicht bezweifelt werden, dass der Betrieb einer Anstalt, in der Kranken neben andern Leistungen Wohnung und Kost gewährt wird, wenn auch nicht ein Handelsgewerbe im Sinne des § 2 (Johow-Ring, Jahrb. Bd. 21 A, S. 250), so doch im Sinne des § 2 H. G. B. ein gewerbliches Unternehmen, das nach Art und Umfang einen in kaufmännischer Weise eingerichteten Geschäftsbetrieb er-



fordert, darstellen kann. Wird eine solche Anstalt von einem Arzte betrieben, so kommt allerdings in Betracht, dass die Ausübung des ärztlichen Berufes nach dem allgemeinen, auch bei der Auslegung des § 2 H. G. B. zu Grunde zu legenden Sprachgebrauche (Denkschrift zu § 2, S. 6) selbst dann, wenn sie dauernd zum Zwecke des Erwerbs erfolgt, kein gewerbliches Unternehmen ist (Jahrb. a. a. O., S. 251 ff.). Daraus folgt aber nur, dass auch der Anstaltsbetrieb kein solcher ist, wenn er lediglich in Ausübung des ärztlichen Berufs des Unternehmers und zum Zwecke dieser Ausübung, insbesondere zu Lehrzwecken, als Grundlage für die eigene Fortbildung oder für wissenschaftliche Untersuchungen oder behufs sachgemässer ärztlicher Behandlung der Kranken durch den Inhaber der Anstalt stattfindet. In diesem Falle liegt eine gewerbliche Thätigkeit im Sinne des § 2 H. G. B. selbst dann nicht vor, wenn die Anstalt einen erheblichen Gewinn ergiebt oder wenn die ärztliche Behandlung der Kranken nicht ausschliesslich durch den Inhaber der Anstalt, sondern mit Unterstützung anderer, z. B. von ihm angestellter Aerzte, besorgt wird. Bildet aber nicht die Ausübung des ärztlichen Berufs des Anstaltsunternehmers und der dadurch erzielte Gewinn, sondern die Gewährung von Aufenthalt und Unterhalt und die hieraus erwachsende Einnahme den Hauptzweck des Anstaltsbetriebes, werden namentlich die Kranken in der Hauptsache nicht von dem Inhaber der Anstalt, sondern von andern, z. B. den von ihm angestellten Aerzten, den Hausärzten der Kranken oder auch angesehenen Specialärzten ärztlich behandelt, so ist ein gewerbliches Unternehmen im Sinne des § 2 H. G. B. vorhanden. . . . , (Kammergericht Berlin. 9. XI. 1903.) D. R. pag. 10.

Gewerbesteuergesetz §§ 4, 7.

Die Auffassung, dass das Unternehmen einer von einem Arzte betriebenen Kranken- oder Heilanstalt in der Regel gewerbesteuerpflichtig sei, ist in späteren Entscheidungen wesentlich eingeschränkt und modificirt worden. Das Oberverwaltungsgericht hat in diesen Entscheidungen wiederholt ausgesprochen, dass für die Beurtheilung der Steuerpflichtigkeit allein der Zweck des Unternehmens entscheidend und dass, wenn der Anstaltsbetrieb als Mittel zum Zweck der Ausübung der ärztlichen Thätigkeit dient, die Gewerbesteuerpflichtigkeit nach § 4 Ziffer 7 des Gewerbesteuergesetzes vom 24. VI. 1891 ausgeschlossen sei. Insbesondere ist dem Umstande, dass mit dem Betriebe einer solchen Anstalt auch ein Gewinn erstrebt und erzielt wird, an sich allein eine für die Annahme des Gewerbebetriebes entscheidende Bedeutung nicht beigelegt worden.

Hiernach muss die Bestimmung des § 7 Ziffer 7 auch auf den Betrieb des medico-mechanischen Institutes durch den Beschwerdeführer angewendet werden. Nach seiner Darstellung findet die dortige Behandlung jetzt regelmässig nur auf Grund ärztlicher Verordnung und unter dauernder ärztlicher Beaufsichtigung statt. Durch Erlass des Unterrichtsministers vom 3. X. 1900 ist der Beschwerdeführer zum Lehrer der Mechanotherapie in der medicinischen Fakultät der Berliner Universität ernannt und zugleich jenem Institute die Bestimmung ertheilt, der Universität als mechano-therapeutische Anstalt unter der Leitung des Beschwerdeführers zu dienen. Er ist verpflichtet, auf Wunsch der Leiter der Universitäts-Kliniken und Polikliniken die in diesen Anstalten beschäftigten Assistenten, Unterärzte, Famuli, Wärter und Wärterinnen in der Mechanotherapie auszubilden. Es kann hiernach keinem Zweifel unterliegen, dass jenes Institut als Mittel zum Zwecke der Ausübung der practischen und lehrenden Thätigkeit des Beschwerdeführers als Arzt dient. Die Gewerbesteuerpflichtigkeit des Unternehmers ist hiermit ausgeschlossen.

Unter Aufhebung der die Veranlagung zur Gewerbesteuer aufrechterhaltenden Berufungsentscheidung ist deshalb die Freistellung des Beschwerdeführers von der Steuer auszusprechen. (Oberverwaltungsgericht. 8. XII. 1903.) Börner's Medicinal-Kalender.

XI. Concursordnung.

§§ 240 Nr. 4, 241.

Ein Minderjähriger, der zum Betriebe eines Erwerbsgeschäfts eine Genehmigung des Vormundes nicht erhalten hat, kann ein Handelsgewerbe rechtsgültig nicht betreiben. Daher ist Anwendung des § 240 ausgeschlossen. Ebensowenig kann § 241 in Frage kommen, da der Minderjährige im Mangel der Genehmigung gar nicht Schuldner geworden ist. (Urtheil des Feriensenates vom 8. IX. 1903.)

J. W. pag. 128.

XII. Gebührenordnung für Zeugen und Sachverständige.

§ 7.

Auch für Benutzung des eigenen Fuhrwerks **kann** dem Zeugen oder Sachverständigen, wenn für ihn die Benutzung von Transportmitteln angemessen zu erachten ist, Reiseentschädigung gewährt werden.



Die allgemeine Fassung des § 7, dass die nach billigem Ermessen in dem einzelnen Falle erforderlichen Kosten zu gewähren, schliesst an sich den Anspruch auf die Reiseentschädigung auch dann nicht aus, wenn zur Reise nicht ein gemiethetes, sondern das eigene Fuhrwerk des Liquidanten benutzt worden ist. Dies gilt jedenfalls dann, wenn nach den örtlichen und persönlichen Verhältnissen ein Miethfuhrwerk überhaupt nicht, oder doch nur mit Schwierigkeiten und Mehrkosten zu erlangen, andrerseits aber die Verwendung eigenen Fuhrwerks zur Reise zum Termin dem Liquidanten nachtheilig war, weil ihm dadurch der Gebrauch des Fuhrwerks für dringende Erntearbeiten entzogen wurde. Als angemessene Entschädigung ist in diesem Falle der Betrag anzusehen, den der Liquidant für das Miethen eines Fuhrwerks hätte aufwenden müssen. (O. L. G. Colmar. 24. IX. 1904.)

D. R. pag. 506. Entscheid. Nr. 2181.

XIII. Reichsgesetz betr. die Fürsorge für Beamte und Personen des Soldatenstandes infolge von Betriebsunfällen vom 15. III. 1886.

§ 1.

Der vom Gesetz erforderte ursächliche Zusammenhang zwischen dem Betriebe und Unfall ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn der Verletzte bei Gelegenheit seiner Thätigkeit im Betriebe vom Blitze getroffen wurde und durch diese Thätigkeit der Blitzgefahr in erhöhtem Maasse ausgesetzt war (bei Beschäftigung auf einer erhöhten freiliegenden Stelle oder an einem vereinzelt im Felde gelegenen Gebäude, oder auf freien Felde). Der Stadtbriefträger ist bei Ausübung seiner Dienstgänge der Blitzgefahr in erhöhtem Maasse ausgesetzt. Wenngleich eine erhöhte Gefahr im Allgemeinen nicht bestehen mag, solange er sich auf seinen Dienstgängen in den Häusern seines Bestellbezirks befindet, so ist doch zu berücksichtigen, dass ihn seine Gänge durch höher gelegene Stadttheile, über freie Plätze, in Gärten, städtische Parkanlagen und an andere Orte führen, die durch ihre Lage oder Beschaffenheit — z. B. durch die auf ihnen befindlichen hohen Bäume — den Blitz anzuziehen geeignet sind, und dass bei der langen Dauer der Dienstgänge die Gefahr sich steigert, schon wegen der Anziehungskraft, welche der menschliche Körper auf den Blitz ausübt. — Der Arbeiter oder Beamte ist durch seine Berufsthätigkeit genöthigt, den Gefahren sich auszusetzen, während andere der Regel nach in der Lage sind, an geschützten Orten sich aufzuhalten. (R. G. III. C. S. 24. VI. 1902.)

Entscheid. des R. G. Bd. 52. S. 76.
Entsch. Nr. 19.

XIV. Gesetz über den Unterstützungswohnsitz.

Die Feststellung des Vorderrichters, dass K. nur im polizeilichen Interesse in die städtische Irrenanstalt zu B. aufgenommen worden sei, ist nicht zutreffend. Mag auch die Staatsanwaltschaft die Unterbringnng des K. wegen Gemeingefährlichkeit für wünschenswerth gehalten haben, so wird in dem Ersuchen des Polizeipräsidenten an die Anstaltsinspection vom 16. Febr. 1901 die Aufnahme auf Kosten des Armenpflegefonds und auf Grund des ärztlichen Gutachtens vom 5. Febr. 1901 beantragt, welches von einer Gemeingefährlichkeit des K. nicht spricht. Auch hat sich die Polizeibehörde die weitere Verfügung über den Letzteren nicht vorbehalten, dieser ist vielmehr nach Inhalt des Schreibens des Magistrats vom 22. Februar 1901 seit dem 16. desselben Monats in der Anstalt aus Armenfonds verpflegt und, wie die Acten ergeben, später nach erfolgter Besserung vom Kläger aus der Pflege entlassen worden. Dass K. einer Anstaltspflege bedurfte und sich diese aus eigenen Mitteln zu verschaffen nicht in der Lage war, auch als Geisteskranker vom Kläger nicht abgewiesen und sich selbst überlassen werden konnte, ist zweifellos. Bei einer solchen Sachlage kann aber das Vorliegen einer Armenfürsorge im gesetzlichen Sinne auf Seiten des Klägers nicht in Abrede gestellt werden. Die Entscheidung des Vorderrichters unterlag daher der Aufhebung. (Preuss. Oberverwalt.-Gericht. III. S. 21. I. 1904.)

Ztschr. f. Medic.-Beamte. Beilage Nr. 21. pag. 250.

XV. Kabinetsordre vom 8. VIII. 1835.

Die Anzeigepflicht von ansteckenden Krankheiten ist durch Kabinetsordre vom 8. VIII. 1835 geregelt. Eine Polizeiverordnung kann neben der Kabinetsordre, welcher Gesetzeskraft zukommt, nicht weiter in Betracht kommen.

Nicht nur der Arzt, der Privatpraxis betreibt, sondern auch der Krankenhausarzt hat von den vorkommenden Typhusfällen Anzeige zu erstatten. Er ist aber nur in dem Falle verpflichtet, wenn er eine leitende Stellung im Krankenhause inne hat. Wenn die in Betracht kommende Kabinetsordre von 1835 und das dazu erlassene Reglement nur von Typhus sprechen, so schliesst das nicht aus, dass die Kabinets-



ordre auch auf solche Fälle Anwendung zu finden hat, welche später in der Wissenschaft als Typhus bezeichnet werden.

(Damit ist die Anzeigepflicht von Typhus abdominalis für den Irrenanstaltsleiter festgesetzt in Abweichung von einer früheren Entscheidung vom 28. II. 1898, nach der für die in Hospitälern auftretenden Krankheiten keine Anzeigepflicht besteht.)

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

Zunächst[70]) wird dem Bürgermeister bezw. Gemeindevorstand die Kompetenz für „dringliche Maassregeln gegen ruhestörende oder Sicherheit und Sittlichkeit gefährdende Irre" ertheilt; Anzeige an die Amtshauptmannschaft, welche das Weitere zu veranlassen hat.

Ausdrücklich wird in der dazu gehörigen „Instruktion für die Ortspolizeibehörden, die in Betreff gemeingefährlicher Irrer vorläufig zu ergreifenden Maassregeln betr.," die Gefährdung „der öffentlichen Ruhe, Sicherheit oder Sittlichkeit," als Definition der Gemeingefährlichkeit gegeben.

Die Personen sollen „als Kranke" anzusehen sein womöglich prov. in das nächste Krankenhaus gebracht oder sicher in „geeignetem" Wohnlocal verwahrt werden. Verwendung von genügendem Wartpersonal (weiblichem für weibl. Kranke).

Reduction der mechanischen Zwangsmittel „im wirklichen Nothfalle" auf das Zwangscamisol ev. noch Sprungriemen vorgeschrieben. Inst. 1, 3, 4, 7, 13.

Der Begriff der „Gemeingefährlichkeit" bezw. Gefährlichkeit wird aber noch einmal authentisch interpretirt[71]).

„Als sich oder anderen gefährlich" ist ein Kranker nur dann zu erachten, wenn ...... „gewaltthätige Handlungen dess. bereits vorliegen" oder wenn bei der betr. Krankheitsform solche Handlungen „nach ärztlichem Ermessen zu befürchten stehen".

Eine andere auth. Interpretation hat der Rath zu Dresden gegeben[72]). Nach ihm ist als „Gemeingefährlichkeit" nur zu erachten:

a) wenn der Kranke gemeingefährliche Handlungen thatsächlich begangen hat, z. B. geschossen, Feuer angelegt, schwere Thätlichkeiten verübt hat, oder wenigstens zu deren Begehung ernstliche Vorbereitungen getroffen und mit solchen gedroht hat. Blosse Drohungen gemeingefährlicher Handlungen, ohne gleichzeitige ernstliche Vorbereitungen zu solchen, berechtigen „die Inspection" (es ist nicht etwa ein Psychiater, sondern ein Polizist gemeint!) noch nicht zu gewaltsamem Einschreiten.

b) Wenn der Kranke einen Selbstmordversuch begangen hat (!) und er in seiner Wohnung weder die nothwendige ärztliche Hilfe und Pflege, noch die nothwendige Aufsicht findet.

c) wenn der Kranke durch sein Gebahren, durch Verübung von Lärm oder Schamlosigkeiten die öffentliche Ordnung und Ruhe stört oder öffentliches Aergerniss giebt. (Was er mit seiner Familie macht, ist gleichgiltig, der Polizeistandpunkt aufs glänzendste gewahrt).

Da zur Feststellung und Beurtheilung (!) der gedachten Verhältnisse die Erfahrung des betr. Bezirksinspectors völlig ausreicht (!), so bedarf es zum Einschreiten desselben keines besonderen ärztlichen Zeugnisses, auch nicht von Seiten des Stadtbezirksarztes[73]).

In Württemberg[74]) kann die Kreisregierung zwangsweise Internirung vornehmen, wenn der Kranke für sich oder andere gefährlich oder für die öffentliche Sittlichkeit anstössig ist. Nähere Präsizirung: keine, siehe auch Belgien reg. Art 32, 33.

England und Schottland[75]).

England speciell (act. Art. 15). Vagabunden ob unterstützt oder nicht, (any person, whether a pauper or not, wandering at large), welche Zeichen von Geistesstörung zeigen, können von Polizisten (constables) oder Armencommissären vor die kompe-

[70]) V. die Zuständigkeit in Angelegenh. der öffentlichen Irrenfürsorge betr. v. 23. Aug. 1874. Flinzer S. 676.

[71]) Reg. 2., wobei das „sich" Gefährlich nur als Requisit für den Unheilbaren zu gelten hat, der in eine Anstalt aufgenommen werden soll.

[72]) Polizeipsychiatrie in Dresden. L. A. Z. Bd. 55, S. 466.

[73]) Der ärztliche Bezirksverein Dresden-Stadt hat seiner Zeit (1896) gegen diese Auffassung Protest eingelegt.

[74]) Statut § 16, 1.

[75]) Die englischen und schottischen Verhältnisse können in einigen Punkten nur schwer unter ein System der continentalen Gesetze gebracht werden. Sie sind durch den durchgängigen Gegensatz zwischen vermöglichen und armen Kranken charakterisirt. Daher Erörterung sub. Arme Geisteskranke. Seite 11.

tenten Behörden (Richter s. unten) geführt, und auf ärztliches Gutachten und nachdem sämmtliche nothwendigen Erhebungen stattgefunden haben, in eine Irrenanstalt verbracht werden.

Im äussersten Nothfall kann ein GK. in einem Arbeitshause (workhouse. s. u.) für drei Tage untergebracht werden oder auch er kann bei einem Verwandten oder Freund verwahrt werden, wenn derselbe die nöthigen Garantien giebt. (Act. art. 20—22.)

Nach Act. art. 13 hat jeder Polizist, Armenpfleger oder Kirchenspielverwalter ausserdem die Pflicht, wenn er von der Verwahrlosung oder Misshandlung eines nicht almosengenössigen noch vagabundirenden, als irre angesehenen Einwohners seines Districts vernimmt, binnen dreier Tage an den zuständigen Richter Meldung zu erstatten. Dieser lässt den präsumirten Kranken durch zwei patentirte Aerzte (medical practitioners) besuchen, und verfährt im übrigen wie wenn er in gewöhnlicher Weise ersucht worden wäre.

Ad. γ und δ. Principielle Regelung in Belgien, England und Schottland, Einzelbestimmungen in Bayern, Oesterreich, Preussen, Sachsen, Württemberg, (Deutsche Gruppe). In England hängt die Regelung eng mit der Entmündigung zusammen (siehe sub. η).

Aehnlich in Belgien[76]) und Schottland[77]). In Schottland ist auch der Zusammenhang mit dem Armenwesen da. Nicht unterstützte und nicht entmündigte „lunatics" in Freundes- oder Familien-Privatpflege fallen unter das Gesetz, wenn sie 1. „gegen Entgelt" verpflegt werden, oder: 2. wenn sie mehr als ein Jahr lang geisteskrank waren und Zwang oder grausame Behandlung zu erdulden haben.

In Belgien fallen die in ihrer Familie (bezw. beim Vormund, Curator oder Vermögensverwalter) Verpflegten unter das Gesetz, wenn sie zwangsweise zu Hause gehalten werden, was nur geschehen darf, nachdem durch zwei Aerzte die Geisteskrankheit festgestellt ist (loi Art. 25).

Innerhalb der deutschen Gruppe handelt es sich, wie schon bei Baden und Hessen, um eine Art von Controlle der übrigens freien (d. h. unconcessionirten) Familienpflege, die durch amtliche Aerzte besorgt wird und deren staatsrechtliche Basis oft fragwürdig ist.

In Bayern[78])ist strafbar, wer Geisteskranke länger als 24 Stunden in seiner Obhut behält, ohne der (Polizei-)Behörde oder den Angehörigen Nachricht zu geben.

In Würtemberg[79]) haben die Ortsvorsteher von den zu ihrer Kenntniss kommenden Fällen von Geisteskrankheit an das Oberamt Anzeige zu erstatten; Einweisung in eine Irrenanstalt kann stattfinden[80]), wenn der Kranke „in einem Zustand der Pflegebedürftigkeit sich befindet, der zur Folge hat, dass er ausserhalb einer Irrenanstalt verwahrlost oder gefährdet wird."

Die Formulirung dieses Artikels nöthigt zu folgender Interpretation: Es handelt sich nicht darum, ob der Kranke thatsächlich vernachlässigt wird. Das kann der Fall sein, ohne dass ein amtliches Einschreiten geboten ist.

Der Zustand der Pflegebedürftigkeit, der zu einer Verwahrlosung ausserhalb der Anstalt führen muss („wird"), ist ein weit bedenklicherer, als derjenige, der dazu führen kann; jeder Kranke kann vernachlässigt werden, aber nicht für jeden wird nach württembergischen Rechte dann etwas geschehen.

(Fortsetzung folgt.)

[76]) loi Art. 2.

[77]) s. Mayer a. a. O. s. auch Reuss. S. 62.

[78]) Pol. Strf. G. B. S. 41.

[79]) Vf. 15. Juli 1836, Reg.-Bl. 279, MVf. 4. VII. 1872, Reg.-Bl. S. 287.

[80]) Statut § 16, 2.

Mittheilungen.

— Die XXX. Wander-Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte wird am 27. und 28. Mai in Baden-Baden im Blumen-Saale des Conversationshauses abgehalten werden.

Die erste Sitzung findet Samstag, den 27. Mai, vormittags von 11 bis 1 Uhr statt. Etwaige Demonstrationen von Kranken sollen in dieser Sitzung stattfinden.

In der zweiten Sitzung am gleichen Tage nachmittags von 2—5 ½ Uhr wird Herr Professor Wollenberg-Tübingen das Referat: „Die nosologische Stellung der Hypochondrie" erstatten.

Daran sollen sich anschliessen die dazu gehörigen Vorträge sowie die zur Discussion zu machenden Bemerkungen.

Die dritte Sitzung findet Sonntag, den 28. Mai, vormittags von 9—12 Uhr statt mit Einschaltung oder Anschluss von Demonstrationen mikroskopischer oder sonstiger Präparate.

Auf die zweite Sitzung folgt nachmittags 6 Uhr



ein gemeinsames Essen im Restaurant des Conversationshauses.

Die unterzeichneten Geschäftsführer laden hiermit zum Besuche der Versammlung ergebenst ein und bitten diejenigen Herren, welche an dem gemeinsamen Essen theilzunehmen beabsichtigen, um eine betreffende baldgefällige Mittheilung.

Bis jetzt sind folgende Vorträge angemeldet:

1. Fürstner (Strassburg i. E.): Ueber Operation von Hirngeschwülsten und Hirnhernien.
2. H. Curschmann (Tübingen): Zur Methodik der Muskel- und Gelenksensibilitätsbestimmung.
3. E. Müller (Breslau): Ueber einige weniger bekannte Verlaufsformen der multiplen Sclerose.
4. Axenfeld (Freiburg i. B.): Ueber angeborene Bewegungsstörungen der Augen.
5. H. Determann (St. Blasien): Intermittirendes Hinken eines Beines, eines Armes und der Zunge. Dyskinesia intermittens angiosclerotica.
6. Fr. Schultze (Bonn): Thema vorbehalten.
7. Jelgersma (Leiden): Demonstration des Nervensystems der Cetaceen.
8. R. Friedländer (Wiesbaden): Ueber Störung der Gelenksensibilität bei Tabes dorsalis.
9. S. Auerbach (Frankfurt a. M.): Ueber einen mit Erfolg exstirpirten Tumor des Cervicalmarkes.
10. Spielmeyer (Freiburg i. B.): Ueber familiäre amaurotische Idiotieen.
11. K. Schaffer (Budapest): Zur Pathohistologie der Sachs'schen amaurotischen Idiotie.
12. L. R. Müller (Augsburg): Ueber die Beziehungen von Herzkrankheiten zu geistigen Störungen.
13. Weintraud (Wiesbaden): Zur Casuistik der Hirnpunktion.
14. Kohnstamm (Königstein i. T.): Der Kern der fontaineartigen Haubenkreuzung, Demonstration.
15. Bumcke (Freiburg i. B.): Sekundäre Degenerationen bei Compression des Halsmarkes.
16. Nonne (Hamburg): Rückenmarkbefund bei einem 15 Jahre beobachteten stationären Fall syphilitischer Spinalparalyse.
17. Albrecht (Frankfurt a. M.): Struktur der Nervenzelle.
18. Charles de Montel (z. Z. Frankfurt a. M.): Zur Frage des Ab- und Aufbaues der Centralnervensysteme.
19. Homburger (Frankfurt a. M.): Demonstration von Original-Neurogliapräparaten Weigert's.
20. F. Blum (Frankfurt a. M.): Ueber Morbus Basedowii und seine specifische Behandlung.
21. van Oordt (St. Blasien): Therapeutische Erfahrungen bei Basedow'scher Krankheit.
22. Weygandt (Würzburg): Idiotie und Dementia praecox.
23. Schütz (Wiesbaden): Ueber chronischen Colonspasmus.
24. Roemheld (Hornegg): Ueber den Korsakow-schen Symptomenkomplex bei Hirnlues.
25. Link (Freiburg i. B.): Ueber den Babinski'schen Reflex.
26. W. Specht (Tübingen): Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen.
27. Bayerthal (Worms): Zur Kenntniss der Meningocele spuria mit Demonstration.
28. Derselbe: Spätmeningitis nach Schädelverletzung.
29. L. Merzbacher (Heidelberg): Das Auftreten von Lymphocyten in der Spinalflüssigkeit nach syphilitischer Infection.
30. E. Beyer (Littenweiler): Ueber Depressionszustände bei Verlobten.
31. M. Bartels (Marburg): Zur Frage der Entwicklungsstörungen bei Hypophysistumoren.
32. F. Jamin (Erlangen): Ueber Hautreflexe an den Armen.
33. M. Rosenfeld (Strassburg i. E.): Ueber Partialdefecte bei Catatonie.
34. Pfersdorff (Strassburg i. E.): Ueber Prognose der Dementia praecox.

Eine Zeitdauer für die einzelnen Vorträge ist in den Statuten nicht festgesetzt. Doch erscheint es auf Grund der bisherigen Erfahrungen und mit Rücksicht auf den Zweck der Versammlung gerechtfertigt, wenn wir an die Herren Vortragenden die Bitte richten, die Dauer des Vortrages über ein Thema, soweit thunlich, auf 15 Minuten bemessen zu wollen.

Die Geschäftsführer:

Edinger, Frankfurt a. M. Fischer, Pforzheim.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

2. Dir. Dr. Kluge-Potsdam. Ueber die Behandlung und Unterbringung psychisch abnormer Fürsorgezöglinge.

In den beiden Potsdamer Provinzialanstalten für Epileptische und für Idioten, die beide unter ärztlicher Leitung stehen, befindet sich stets eine Reihe aus Corrigenden-, Erziehungs- und Rettungshäusern entstammender Fürsorgezöglinge, über welche — 48 an Zahl — berichtet wird. In der Regel ist die Fürsorgeerziehung wegen antisocialer und verbrecherischer Handlungen ausgesprochen; bei den weiblichen oft wegen gewerbsmässiger Prostitution oder sittlicher Gefährdung. Zugeführt wurden die Zöglinge aus den genannten Anstalten, weil sie daselbst wegen ihres Schwachsinnes oder wegen schwerer nervöser und psychischer Störungen nicht hatten bleiben können. Es machten sich bei den in die Idiotenanstalt überführten Kindern die beiden auch sonst immer wieder beobachteten Schwachsinnsformen bemerkbar, einmal die des apathischen und passiven und sodann die des unruhigen, erethischen, activer sich äussernden Schwachsinnes. Ausserdem liessen sich alle die verschiedenartigen Hemmungen, Störungen und Unregelmässigkeiten im Vorstellungs- und Empfindungsleben konstatiren, die das Krankheitsbild des Schwachsinnes kennzeichnen und seinen durchaus nicht gleichmässigen Verlauf bedingen. Die Behandlung der Fürsorgezöglinge (in der Anstalt „Pfleglinge") hatte anfangs noch mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen, zumal die Kinder vorher durchaus nicht sachgemäss behandelt waren. Fast durchweg waren dieselben z. B.

körperlichen Züchtigungen unterworfen gewesen, die hier ganz und garnicht am Platze gewesen waren. Man darf gerade bei kranken Kindern nicht eine Roheit gegen die andere setzen. Auch in der Idiotenanstalt neigten diese Kinder zu Widersetzlichkeiten, zu Auflehnungen, Diebereien und zu kecken und — wie Gasaufdrehen an versteckten Stellen — sehr bedenklichen Streichen. Aber es liess sich bei allen doch eine wesentliche Besserung erzielen und zwar nur durch die erforderliche psychische Behandlung. Es musste die Krankheit und der Schwachsinn in allen Erscheinungsformen genau erkannt und sodann darauf geachtet werden, alle die plötzlich oder periodisch auftretenden Erregungszustände, die ungestümen Affectsäusserungen, die triebartigen Handlungen rechtzeitig abzufangen oder denselben sonstwie ablenkend zu begegnen. Viel wurde durch die sorgsam überwachte, allen individuellen Anlagen und Neigungen nachgehende Beschäftigung erreicht, zumal in dem Handfertigkeitsunterricht für die Knaben, wo gerade die psychiatrische systematische Direction mit der beständigen Berücksichtigung der jeweiligen krankhaften Vorgänge und der abnormen Ermüdbarkeit von schönstem Erfolge war. Auch die Schule verstand es, in diesem Sinne dem Arzte in die Hand zu arbeiten. Disciplinirungen waren unter solchen Bestrebungen dennoch nöthig; sie bestanden in verwarnenden Worten oder auch, zugleich in Verbindung mit therapeutischem Zwecke, in der Verordnung von Bettruhe. Früher vorgenommene vereinzelte Separirungen oder auch Isolirungen hatten niemals irgendwie nachhaltigeren Erfolg gehabt und sind seit Jahr und Tag gänzlich aufgegeben. So liess sich in fast allen Fällen eine wesentliche Besserung erzielen, wenn auch einzelne Unverbesserliche übrig bleiben, die am besten in einer besonderen Abtheilung oder besonderen Anstalt untergebracht würden. Eine solche ist in Potsdam gerade jetzt fertiggestellt und wird mit geistig minderwerthigen Fürsorgezöglingen belegt. Sie bildet somit gewissermaassen eine Zwischen- und Verwahranstalt für psychopathische verbrecherische Jugendliche.

In der Anstalt für Epileptische herrschten bezüglich der Fürsorgezöglinge im Ganzen die nämlichen Verhältnisse. Auch hier kam die psychische Behandlung in umfassender Weise zur Durchführung. Hervorzuheben sind 6 Fälle von Mädchen, die aus einem Stift für gefallene Mädchen zugeführt wurden. Hier waren sie an schweren hysterischen Erscheinungen erkrankt, während die angenommene Epilepsie nicht vorlag. In der Anstalt blieben diese von hysterischen Attacken überhaupt verschont bis auf einen einzigen rudimentären Fall. — Hervorgerufen waren die zeitweise mit tobsüchtiger Erregung verlaufenden psychischen Störungen zweifellos durch eine exorbitante religiöse Beeinflussung im Sinne von Bekehrungsversuchen und Besessenheitsheilungen. Auch körperlich waren diese Mädchen herabgekommen.

Es ergiebt sich aus diesen Erfahrungen, dass die Mitwirkung des Arztes bei der Verhängung der Fürsorgeerziehung nicht entbehrt werden kann und dass die ärztliche Beaufsichtigung der Erziehungsanstalten intensiver werden muss. Sodann, dass die Behandlung schwachsinniger und abnormer Kinder dem Arzte als dem verantwortlichen, sachverständigen Leiter der für kranke Kinder bestimmten Anstalten zukommt. Die entgegenarbeitenden Bestrebungen der Pädagogen müssen energisch abgewiesen werden; das kranke Kind gehört dem Arzte, wie es auch das Gesetz vom 11. Juli 1891 vorschreibt.

3. Dr. Meltzer-Grosshennersdorf: Der Arzt in der Schwachsinnigenfürsorge.

Auf die Anstaltsfürsorge für Idioten hat in Deutschland von jeher die gemeinsame Verpflegung bildungsfähiger und unfähiger, jugendlicher und erwachsener Elemente in einer Anstalt bezw. einem Hause ungünstig gewirkt; nicht zum wenigsten auch auf die in letzter Zeit oft ventilirte Frage, wer am besten zur Leitung einer solchen Anstalt berufen sei. — Anstalten mit vorwiegend bildungsfähigen schwachsinnigen Kindern haben mehr pädagogisches Interesse als medicinisches, ebenso wie die Hülfsschulen. Da es aber geschlossene Anstalten für Individuen sind, die vom medicinischen wie juristischen Standpunkte mehr zu den Geisteskranken zu rechnen sind, so ist die Anstellung eines Psychiaters an solchen Anstalten nothwendig. Er ist verantwortlich für Wahrung und Durchführung psychiatrischer und hygienischer Principien, die auch bei allen unterrichtlichen und erziehlichen Einwirkungen obenan stehen müssen. Er braucht aber nicht Leiter der Anstalt zu sein, es genügt, wenn er zu diesem in einem coordinirten Verhältnisse steht. Diese Einrichtung hat sich in Sachsen, wo die Erziehungs- und Gefangenenanstalten meist selbständige Medicinalbezirke bilden, bewährt, und gewährt der Medicin den ihr gebührenden Einfluss. Mit einer solchen Stellung des Arztes in der Anstalt dürfte vorläufig auch den Interessen der psychiatrischen Forschung am besten gedient sein. Ein von Verwaltungsgeschäften und anderweiter ärztlicher Praxis befreiter Arzt kann sich mit voller Kraft den Aufgaben, die ihm auf psychologischem, psychiatrischem, anotomischem, therapeutischem Gebiete in reichlichem Maasse gestellt sind, zuwenden. — Pflegeanstalten für bildungsunfähige schwachsinnige Kinder oder der Erziehungsanstalt entwachsene Geistesschwache, die für das Leben ausserhalb der Anstalt untauglich sind, haben keine pädagogischen Interessen mehr, sondern nur noch psychiatrische; sie sind daher einem Psychiater zu unterstellen. Vortr. streift noch die Rolle, die die Medicin und Psychiatrie in der Entwickelung der Schwachsinnigenfürsorge gespielt hat, und stellt zum Schlusse folgende Forderungen auf: 1. Es ist in Zukunft weiter auf eine scharfe Trennung der bildungsfähigen und bildungsunfähigen schwachsinnigen Kinder zu halten. 2. Die ersteren sind in Unterrichts- oder Erziehungsanstalten, die letzteren in Pflegeanstalten unterzubringen. 3. Für die Unterrichts- oder Erziehungsanstalten empfiehlt sich die Leitung durch einen Pädagogen, wenn die Verantwortung für Wahrung psychiatrischer und hygienischer Principien einem Psychiater übertragen wird. 4. Die Pflegeanstalten, ebenso die sich ihnen am besten angliedernden Kolonieen für erwachsene, ander-

weit nicht unterzubringende Geistesschwache sind der Leitung eines Psychiaters zu unterstellen.

Dr. Hess-Görlitz: Psychiatrisch-pädagogische Behandlung bei Jugendpsychosen.

Vortr. bespricht die Organisation und den Betrieb des von Kahlbaum begründeten ärztlichen Pädagogiums in Görlitz, in dem Patienten verschiedenster Nationalität im Alter von 10--25 Jahren neben der psychiatrischen Behandlung wissenschaftlichen und practischen Unterricht erhalten. Psychosen im acuten Stadium sind hierfür nicht geeignet, wohl aber bieten ziemlich alle Psychosen im ruhigen Stadium ausser Paralyse und schwerster Idiotie brauchbares Material. Von besonderer Wichtigkeit sind die moralischen Defectzustände (Prichard's moral insanity, Scholz' moralische Anästhesie) ohne grobe intellectuelle Störungen. Von dem angeborenen, mit der Imbecillität korrespondirenden „moralischen Schwachsinn" ist sehr wohl die erworbene moralische Defectuosität zu unterscheiden, die, von Kahlbaum als Heboidophrenie beschrieben, gewissermaassen einen Ausschnitt aus dem Symptomenbild der Hebephrenie bildet und zur Dementia praecox-Gruppe gehört. Während die Hebephrenie im allgemeinen unheilbar ist, hat die Heboidophrenie eine günstigere Prognose und gelangt vielfach zur Heilung. Die hierher gehörigen Patienten, bei denen Abschwächung, aber im Gegensatz auch hohe Entwicklung der Intelligenz vorhanden sein kann, kommen in der Regel wegen Verfehlungen auf ethischem Gebiet in psychiatrische Behandlung. Häufig ist die Heboidophrenie die Ursache von Alkoholismus, Prostitution, Verbrecherthum; bei allen jugendlichen, scheinbar „strafeinsichtigen" Verbrechern muss an Heboidophrenie gedacht werden und an die Stelle der nutzlosen und schädlichen Strafe die Erziehung treten. Für psychiatrisch-pädagogische Behandlung passen nur kleine Abtheilungen, die nicht selbständige Institute sind, sondern Theile einer allgemeinen Irrenanstalt sein müssen. Alkoholabstinenz, strenge Disciplin, aber keine Weltabgeschlossenheit, keine „Strafen" im gewöhnlichen Sinne des Wortes. Der eigentliche Unterricht soll dort weiterfahren, wo der Patient auf der Schule, die er vorher besuchte, abgebrochen hat. Unterrichtsziel: Ablegung eines Examens (Einjähriges Abiturium) oder Rückkehr zur Schule in eine höhere Klasse oder Uebergang in einen praktischen Beruf. Dauer der Pädagogiumerziehung bei Heboiden etwa zwei Jahre; solche, die einen praktischen Beruf ergreifen, bleiben zunächst noch etwa ein Jahr lang in Anstaltsbehandlung und werden während dieser Zeit in geeigneten kaufmännischen, technischen, landwirthschaftlichen Betrieben als Volontär beschäftigt. Neben Erfolgen natürliche Misserfolge, wo man sich damit begnügen muss, die Patienten zu passablen Anstaltspfleglingen, die den Zusammenhang mit der Welt nicht ganz verlieren, oder zu unschädlichen Rentnern zu erziehen. In ausgesprochene Demenz geht Heboidophrenie nie über. Bei vielen hervorragenden Personen auf künstlerischem und wissenschaftlichem Gebiet lassen sich in den Entwicklungsjahren heboidophrene Störungen nachweisen. Zur Illustration seiner Ausführungen giebt. Vortr. kurz die Krankengeschichte eines Heboidophrenen wieder, der in seinem 17.—19. Lebensjahre von Kahlbaum behandelt wurde und nun seit Jahren eine Universitätsprofessur bekleidet.

5. Dr. Tippel-Kaiserswerth: Fürsorge-Erziehung und Psychiatrie.

Vortragender geht von der Schilderung des Asyls für gefährdete und verwahrloste Mädchen und Frauen in Kaiserwerth aus. Dieses hat vor ca. 70 Jahren seine Thätigkeit begonnen mit der Arbeit an den ihm freiwillig zugehenden Asylisten. Mit der Einführung des Fürsorge-Erziehungs-Gesetzes dehnte es seine Thätigkeit auf die ihm zwangsweise zugeführten Zöglinge aus. An Letzteren traten die mancherlei Auffälligkeiten im psychischen Verhalten der bisherigen Asylisten schärfer und ausgeprägter hervor. Waren bei den früheren Insassen schon mitunter psychopathische Minderwerthigkeiten und Psychosen beobachtet, so traten diese bei den, ich möchte sagen, noch mehr durchseuchten Fürsorgezöglingen in gesteigertem Maasse hervor. So liess sich folgendes statistisch feststellen:

Seit I. IV. 01—I. IV. 05 wurden 163 Fürsorge-Zöglinge dem Fürsorge-Hause in Kaiserswerth, das eigens für diesen Zweck neugebaut war, übergeben. Von ihnen wurden 6 = 3,68% als geisteskrank erkannt und in Irren-Anstalten überführt, während 109 = 66,87% den Psychopathisch-Minderwerthigen zugerechnet werden mussten. Bei diesen 115 psychisch Abnormen liess sich in 51 Fällen = 44,34% eine erbliche Belastung nachweisen. Vorwiegend kam Alkoholismus und Criminalität der Eltern in Betracht, danach Geistes- und Nervenkrankheiten. Alle 115 Mädchen waren mit einer Ausnahme bereits frühzeitig sexuell missbraucht, 104 hatten an Gonorrhoe und Lues gelitten. Diese Zahlen wurden von dem Leiter mit Hilfe seiner Helferinnen festgelegt. Vortragender konnte sie bei fortgesetzter Prüfung vom fachwissenschaftlichen Standpunkte aus nur bestätigen.

Diesen beträchtlichen Verhältnisszahlen gegenüber gab fortgesetzt zu denken, dass die Beobachtungen anderer Fürsorge-Anstaltsleiter derartige Erscheinungen in Abrede stellten. Gelegentliche Einblicke in andere Anstalten und Unterredungen mit den Fürsorgern bestärkten die Kaiserwerther Fürsorger und den Vortr. immer mehr in der Auffassung, dass die Verschiedenheit der Beobachtungsresultate in der Hauptsauche darauf beruhe, dass die Kenntniss von den entsprechenden Psychopathien bei der Mehrzahl der Beobachter wenig verbreitet sei. Und in der That sind die Fürsorger in K. besonders günstig gestellt nach dieser Richtung. Denn der Vorsteher hat als Sohn eines langjährigen Irrenseelsorgers und einer Mutter, die lange Zeit in der Irrenpflege thätig war, von Kindheit an Einblicke in psychische Krankheitszustände gethan und seine Helferinnen werden neben allgemeiner Krankenpflege theoretisch und praktisch in der Irrenpflege unterrichtet. Dazu steht ihnen der Vortragende mit Rath und That zur Seite, so dass viele der Auffallenheiten bei den Fürsorgezöglingen nach sorgfältiger Prüfung als Erscheinungen von Psychopathien gedeutet zu werden pflegen, die



anderwärts eine andere Auslegung erfahren und dementsprechend eine Behandlung zur Folge haben, die psychiatrischer Auffassung nicht entspricht.

Nach fortgesetzten Bemühungen hat nun der Vorsteher des Fürsorgehauses in Kaiserswerth in einer Konferenz der Leiter von evang. Asylen Herbst 1904 das Thema: „Die Minderwerthigen in unseren Anstalten" zusammen mit dem Vortragenden behandeln können. Während der pädagogische Mitarbeiter seine praktischen Erfahrungen schilderte und betonte, dass besonders die psychisch abnormen Zustände so viel zu schaffen machten, führte der ärztliche Referent die Zuhörer in das Wesen der Psychopathien ein und fügte daran allgemein gehaltene Rathschläge für den Umgang mit derartigen Minderwerthigen an, indem er kurz dabei auch die Prophylaxe für die Ursachen streifte.

Das Interesse, welches die Behörden diesen Bestrebungen entgegenbrachten, ermuthigte Referenten dazu, mit behördlicher Unterstützung innerhalb des Rheinischen Fürsorgebezirks durch Rundfrage festzustellen, wie dort die Verhältnisse liegen. Hier ergab sich folgendes:

Die Rheinische Provinzialverwaltung hat ihre Fürsorgezöglinge ausser in Familienpflege — zum kleinsten Theil — und dem Fürsorgehause in Kaiserswerth noch in 39 Anstalten meist konfessionellen Charakters untergebracht. Die Beantwortung der Frage geschah nur in 4 Anstalten durch Aerzte; bei 2 weiteren hatten Aerzte wenigstens dabei mitgewirkt. In 14 Anstalten sollen überhaupt keine Psychopathien vorgekommen sein. Ausgesprochene Geisteskrankheiten fanden sich in 9 Anstalten mit 13 Fällen und psychopathische Minderwerthigkeiten in 19 Anstalten mit ca. 100 Fällen. Wenn die Gesammtzahl der Rhein. Fürsorgezöglinge mit rund 4500 angenommen wird, so stehen demnach in 39 Anstalten mit rund 4300 Insassen 0,303 % Geisteskranken nebst 2,33 % Minderwerthigen gegenüber den entsprechenden Zahlen in Kaiserswerth mit 3,68 und 66,87 %.

Die beiden Anstalten mit hauptamtlich thätigen Psychiatern entsandten 5 + 6 = 11 Geisteskranke in Irren-Anstalten, während 38 Anstalten nur 8 derartige beherbergten. Bei der Frage nach der Belastung ergiebt sich ein Ueberwiegen des Alkoholismus der Eltern, danach kommt deren Kriminalität und uneheliche Geburt der Zöglinge. Lues findet oft Erwähnung, seltener die Neigung der Eltern zu Gewaltthätigkeiten und Taubstummheit des Vaters.

Was lehren nun die Antworten der 39 Anstalten gegenüber den Beobachtungen in Kaiserswerth? Mit Ausschaltung aller möglichen Erwägungen kommt Vortragender zu der Auffassung, dass lediglich die gründlichere Kenntniss der Fürsorger von den Psychopathien die hohen Zahlen in der einen Anstalt gegenüber den auffallend geringen Prozenten in den anderen bedingt. Da er weiter der Ansicht ist, dass vorläufig und noch für lange Zeit die Ausführung des Gesetzes sowie bisher gehandhabt werden wird, dass nämlich alle Zöglinge in die Hand von Laien (in psychiatrischer Auffassung) gegeben sind, und diesen die Prüfung auf Psychopathien überlassen bleibt, so stellt er die Forderung auf, eine gründliche Kenntniss von den Psychopathien unter den Fürsorgern zu verbreiten durch Informationskurse, Hinweis auf geeigneten Lesestoff und gegebenen Falles durch fachmännische Berathung. **(Fortsetzung folgt.)**

— Berlin. Ueber die dritte städtische Irrenanstalt in Buch hielt am 10. d. Mts. im Festsaale der städtischen Irrenanstalt Herzberge Geheimer Medicinalrath Moeli einen längeren Vortrag. Auf besondere Einladung waren zahlreiche Stadtverordnete, Aerzte und andere interessirte Personen erschienen. Geheimrath Moeli hat nicht nur die Pläne zu der neuen Irrenanstalt, die im wesentlichen der ebenfalls nach seinen Ideen erbauten Herzberger Anstalt ähnelt, entworfen, sondern auch die Bauausführungen in allen wichtigeren Einzelheiten überwacht. Im Festsaale waren zwei grosse Lagepläne aufgestellt, die von beiden Anstalten ein übersichtliches, vergleichendes Bild gaben. Der interessante Vortrag war in der Hauptsache rein sachlicher Natur, streifte aber auch die Fortschritte, die gerade im letzten Jahrzehnt auf hygienischem und psychiatrischem Gebiete gemacht wurden. Die Zuhörer entnahmen daraus mit hoher Befriedigung, dass die Stadt Berlin auf dieses neueste Werk zur Pflege und Behandlung Geisteskranker stolz sein kann. Die Anstalt in Buch wird zu den besteingerichteten ihrer Art auf dem Kontinent zu zählen sein. Besonders lobend anerkannt wurden auch die schon weit vorgeschrittenen gärtnerischen Anlagen, die den Patienten grösstmögliche Bewegungsfreiheit gestatten. Die gesammte Bauanlage ist jetzt soweit gediehen, dass die theilweise Belegung der neuen Irrenanstalt höchstwahrscheinlich anfangs April 1906 erfolgen kann. — Der Magistrat hat den Sanitätsrath Dr. Richter, Oberarzt der städt. Irrenanstalt in Dalldorf, der kürzlich sein 25 jähriges Arztjubiläum feiern konnte, zum Director der 3. städt. Irrenanstalt in Buch gewählt.

Referate.

— Bassoe: Gigantism and leontiasis ossea, with report of the case of the giant Wilkins. Journ. of Nerv. a Ment Disease. Vol. XXX. 1903. S. 513.

In der sehr eingehenden und interessanten Arbeit wird der schon früher durch die Veröffentlichungen namhafter Autoren (Dana, Lamberg, Sternberg) bekannte Riese Wilkins beschrieben und der Obduktionsbefund mitgetheilt. Wilkins war bei der Aufnahme in das Hospital in Chikago 28 Jahre alt, seine Länge betrug 8 Fuss und 2 Zoll. Einige Monate vor der Aufnahme Kopfschmerzen in der l. Stirn- und Schläfengegend, dann erblindete zuerst das linke, später das rechte Auge. Eine schon seit 20 Jahren bestehende Geschwulst über dem linken Auge war erheblich gewachsen. Bei der Aufnahme bestand Pupillenstarre, beiderseits Atrophie des Opticus, Benommenheit sowie Erscheinungen einer heftigen Darmentzündung. Tod nach 12 Tagen. Es fand sich eine diffuse Hyperostose des linken Stirn-, Scheitel- und Schläfenbeins sowie des linken Oberkiefers; die linke vordere Schädelgrube war infolge-



dessen so verengt, dass der linke Frontallappen zusammengedrückt war. Das Schädeldach war 1450 g schwer. Umfang des Schädels 68 cm. Hirngewicht 1540 g. Ausserdem war ein grosses Sarkom der Hypophysis vorhanden. Die Ganglienzellen der Rinde waren normal. In der unteren Medulla und im Rückenmark ein mässiger Grad von diffuser Degeneration. Arachnitis ossificans. Die Thymus war nicht aufzufinden; es bestand ein Strumacolloid. Herz normal, Aorta glatt. Nekrotische ulcerative Colitis und Ileitis.

Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. die Beziehungen zwischen Riesenwuchs und Akromegalie sowie die Differentialdiagnose der Leontiasis ossea und giebt einen kritischen Ueberblick über die einschlägige Litteratur. Schütte-Osnabrück.

— Putnam a. Elliot: Three cases of tumor involving the spinal cord, treated by operation. Journ. of Nerv. a Ment. Discase. Vol. XXX. 1903. S. 665.

Der erste Fall betrifft einen 23jährigen Mann, bei dem sich im Anschluss an ein Trauma Schwäche in beiden Armen und Beinen, Steigerung der Patellarsehnenreflexe, Fussklonus und Beschränkung der Beweglichkeit des Kopfes entwickelt hatte. An der linken Seite des Nackens war eine deutliche Prominenz fühlbar. Bei der Operation fand sich ein eichelgrosser Tumor, der sich als Riesenzellensarkom erwies, von der Dura ausging und die Wirbelknochen angegriffen hatte. Glatte Heilung. Nach $4^1/_2$ Jahren war noch kein Recidiv aufgetreten. Es bestand noch Schwanken bei geschlossenen Augen, spastischer Gang und Fussklonus.

In Fall II wurde ein metastatisches Carcinom in der Gegend der letzten Dorsal- und oberen Lumbalwirbel entfernt. Die vorher vorhandene Lähmung der Beine besserte sich rasch, doch trat nach 3 Monaten der Tod ein.

Die Operation in Fall III bestand in möglichst ausgedehnter Entfernung eines Fibrosarcoms, welches das Rückenmark umwachsen und sich auf der Aussenseite der Dura weit verbreitet hatte, auch zwischen die einzelnen Wirbel eingewachsen war. Tod am nächsten Tage. Schütte-Osnabrück.

In Geseke starb am 9. d. Mts. der Direktor des westfälischen Provinzial-Landarmen- und Krankenhauses,

Sanitätsrath Dr. Xaver Schupmann

im Alter von $57^1/_2$ Jahren infolge eines bei einem Brande erlittenen Unfalls. Während des Brandes fiel ein Schornstein von selbst um und schlug auf die Drähte der Starkstromleitung des städt. Elektrizitätswerkes, welche an dem brennenden Hause vorüberführten. Hierdurch wurden zwei Masten, welche in einiger Entfernung von dem betreffenden Hause standen und woran die Drähte befestigt waren, umgerissen und auf die Strasse geschleudert. Einer davon traf von seitwärts den Sanitätsrath Dr. med. Schupmann, der als Magistratsmitglied den erkrankten Bürgermeister beim Brande vertrat. Dr. Schupmann erlitt dabei einen Bruch des rechten Unterschenkels und schwere innere Verletzungen. Der auf so betrübende Weise aus dem Leben Gerissene hatte vor wenigen Jahren das Unglück, dass geisteskranke Insassen der Anstalt ihn anfielen und derartig verwundeten, dass er fast hoffnungslos lange Zeit darniederlag.

Ueber 30 Jahre hat der Verstorbene, zuerst als Assistenzarzt neben seinem Vater, dann 14 Jahre als leitender Arzt, an genannter Anstalt eifrig und segensreich gewirkt unter schwierigen Verhältnissen, wie sie durch die Umwandlung und Vergrösserung der Anstalt gegeben waren.

Er war ein tüchtiger Fachmann, ein edler, umgänglicher und zuvorkommender Charakter.

Ehre seinem Andenken!

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 9. 27. Mai. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Aufgabe der Medizinalbeamten in Bezug auf die Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten.

Selbstreferat von Dr. med. *H. E. Schwabe*, königl. Gerichtsarzt, Hannover.

Die dem preussischen Kreisarzt im Abschnitt XXIX, §§ 104 und 105 der Dienstanweisung vom 23. März 1901 zur Pflicht gemachte dauernde Fürsorge für Geisteskranke, Epileptische und Idioten muss naturgemäss mit der Auffindung dieser Kranken in seinem Amtsbezirk beginnen.

Drei Hauptwege sind ihm dazu gewiesen und mehr oder minder gangbar:

1. Seine persönliche Berührung mit den Kreisinsassen, die er bei Ortsbesichtigungen, Schulrevisionen — besonders auch der eventuellen sogen. Hilfsschulen für geistig Zurückgebliebene —, bei Impfterminen, der Sachverständigenthätigkeit in Verwaltungs-, Civil- und Strafsachen, Invaliditäts- und Unfallsachen, Pensionsgutachten für Beamte, als Polizeiarzt, event. auch als Stadtarzt, bei Ausübung von Privatpraxis und event. auch auf sogen. Familienabenden gewinnen kann.

2. Seine Informationen durch die kgl., event. auch kommunalen Behörden, und zwar in erster Linie ex officio direkt durch das zuständige Landrathsamt mit seinen zu- und untergeordneten Organen, sodann indirekt durch Vermittelung derselben auf Grund von Mittheilungen seitens der Staats- und Amtsanwaltschaften, Obervormundschaften, Militär- und Civilbehörden (Entlassung oder Pensionirung geisteskranker Militärpersonen oder Beamten).

Diese Informationen waren bisher ganz unzureichend und bedürfen ministerieller bezgl. regierungsseitiger Regelung.

3. Durch Hand-in-Hand-Arbeiten mit den leitenden Aerzten an den zuständigen, öffentlichen und privaten Anstalten für Geisteskranke, Epileptische, Idioten, Trunk-, Aether-, Morphium-, Cocainsüchtige, an den Strafanstalten, Corrections- und Arbeitshäusern, Siechen- und Armen- und event. auch Waisenhäusern, Fürsorgeanstalten, Rettungshäusern, mit dem event. besonderen Gerichtsarzt, den Kreisärzten der benachbarten Kreise, den practischen Aerzten.

Die aus Anstalten für Geisteskranke, Epileptische, Trunksüchtige pp. als geheilt oder gebessert Entlassenen, in Familienpflege Gegebenen müssen dem zuständigen Medizinalbeamten via Landrathsamt zugleich mit genauer Diagnose und Prognose ihrer Krankheit und event. Verhaltungsrathschläge namhaft gemacht werden.

Als 4ter an und für sich nicht neuer Weg erscheint empfehlenswerth, dass nicht nur in grösseren Zwischenräumen, sondern regelmässig bei den Volkszählungen die Zahl der Geisteskranken, Epileptischen und Idioten ermittelt und dem Kreisarzt für seinen Amtsbezirk via Landrathsamt detaillirt zur Nachprüfung übermittelt wird.

Der Kreisarzt hat eine Liste über die Geisteskranken, Epileptischen und Idioten seines Kreises, nach psychiatrischen und socialen Gesichtspunkten rubricirt, zu führen und sorgsam fortlaufend zu ergänzen.

Was die Informationen durch die Behörden angeht, so erscheint es besonders wünschenswerth, dass die wegen geistiger Defecte als dienstuntauglich vom Militär Entlassenen der Polizeibehörde ihres Heimathsortes namhaft gemacht und damit der Fürsorge ihres Kreisarztes zugänglich gemacht werden.

Das geschah bisher nicht, obwohl einerseits gerade die Anforderungen des militärischen Dienstes eine nicht geringe Zahl geistiger Invaliden entdecken helfen, anderseits viele dieser Elemente in Folge der



zahlreichen psychischen Insulte während ihres mehr oder minder kurzen militärischen Intermezzos und Fiascos um ihrer selbst wie der Allgemeinheit willen nach ihrer Entlassung ganz besonderer Fürsorge bedürfen.

Dringend ist auch zu wünschen, dass Vorkehrungen getroffen werden, die Entmündigten besser zu überwachen. Es ist z. B. verschiedentlich vorgekommen, dass Entmündigte der Controlle ihrer Vormünder entschlüpften und heiratheten.

Die Obervormundschaften bezgl. Vormünder müssten angewiesen sein, bei Verzug eines Entmündigten die Polizeibehörde seines neuen Wohnortes zu informiren.

Bezüglich des Hand-in-Hand-Arbeitens der Kreisärzte mit den Direktoren der Irren- pp. Anstalten erscheint es unerlässlich, dass nicht nur bei Entlassung früher sogen. Gemeingefährlicher, sondern auch aller Geisteskranken pp. der Kreisarzt via Landrathsamt bezgl. Polizeibehörde über Form der Geisteskrankheit, Prognose, Verhaltungsmaassregeln genau informirt wird. Auch auf die Fürsorgeanstalten muss dem Kreisarzt ein ganz anderer Einfluss wie bisher eingeräumt werden. Er ist der gegebene Hausarzt dieser Anstalten, weil einmal nur ein psychiatrisch gebildeter Arzt die zahlreichen Imbecillen, Degenerirten pp. unter den Fürsorgezöglingen herauszufinden vermag, sodann der Kreisarzt ja später ex officio die aus der Fürsorge Entlassenen geistigen Krüppel sorgsam zu überwachen hat.

Obwohl dem Medizinalbeamten also zahlreiche Wege und mannigfach verschlungene schmale Pfade zur Auffindung der seiner Fürsorge empfohlenen Geisteskranken etc. gewiesen sind, die Schranken, welche Indolenz, Abneigung gegen alle mit geistigen Gebrechen Behaftete, Vorurtheile, Aberglauben, Eigennutz, Hetzereien etc. zwischen ihm und seinen Schutzbefohlenen aufthürmen, können nur mit eiserner Pflichttreue, grosser Geduld, Energie gepaart mit Klugheit und Milde in unermüdlicher Kleinarbeit niedergerissen werden.

Ist der Medizinalbeamte über die in seinem Kreise vorhandenen Geisteskranken, Epileptiker und Idioten genügend informirt, dann tritt die zweite Frage an ihn heran, wie er die Fürsorge für dieselben ausüben soll.

Der Begriff „Fürsorge" nimmt bei den genannten Kategorien von Kranken insofern eine Sonderstellung ein, als in dieser Fürsorge implicite auch die Bewahrung engerer oder weiterer Kreise vor eventuellen von diesen Kranken drohenden Gefahren für Leben, Gesundheit, ideelles und materielles Gut enthalten ist.

Die Fürsorge zerfällt in

1. eine activ in die persönlichen Verhältnisse der Kranken eingreifende, d. h. in die Ueberweisung in eine geeignete Anstalt; eventuell auch in Vorkehrungen und Anordnungen für eine angemessene private Pflege in oder ausser dem Hause;

2. in eine überwachende, d. h. abgesehen von der gesetzlich geregelten Aufsichtsthätigkeit des Kreisarztes in den zuständigen Anstalten für Geisteskranke etc. in einem Wachen über das Verhalten der Kranken selbst, um event. im geeigneten Augenblick activ einzugreifen, und über die den Kranken in der eigenen oder in einer fremden Familie zu theil werdende Pflege im weitesten Sinne des Wortes;

3. endlich in eine prophylactische, d. h. in einer Ueberwachung der als geheilt oder gebessert aus den Anstalten Entlassenen und, so weit es möglich ist, auch in der Bewahrung der numerisch nicht zu niedrig zu bemessenden Degenerirten, Schwachsinnigen aller Schattirungen, seelisch Labilen vor Verfall in Geisteskrankheit.

Ad 1: Die activ eingreifende Fürsorge in Gestalt der Ueberweisung in eine Irrenanstalt wird ex officio im Wesentlichen nur bei sogen. Gemeingefährlichen im engeren und weiteren Sinne oder bei zweifelhaften Geisteszuständen vor Gericht zur Ausübung gelangen. Bei nicht geisteskranken Epileptikern und bei Idioten werden gemeinhin ungeeignete häusliche Verhältnisse zur Anstaltsüberweisung drängen. Bei nicht geisteskranken Trunksüchtigen kann der Vormund ja geeigneten Falls auch gegen den Willen des Trinkers für dessen Aufnahme und Festhaltung in einer Heilanstalt sorgen und sich zu dem Zweck die kreisärztliche Mitwirkung erbitten. Indessen die Fälle sind selten. Bei zweifelhaften Geisteszuständen zu Entmündigender insonderheit den sogen. Grenzfällen, wie bei beginnender Paralyse, sogen. Alcoholparalyse, nicht klaren Fällen von Paranoia, periodischen und circulären Geisteskrankheiten wird der Medizinalbeamte gut thun, die Ueberweisung in eine Anstalt zwecks Beobachtung als geboten zu begutachten.

Dass der Antragsteller darauf nicht einzugehen braucht, ist bekannt.

Auf die häufig ganz ungenügende, ja direkt gesundheitsschädliche Beschaffenheit der für die vorläufige Internirung gefährlicher Geisteskranker dienenden Localitäten — Spritzen-, Armenhäuser etc. — muss der Kreisarzt bei Ortsbesichtigungen, Revisionen von Armen- und Siechenhäusern, kleinen Irrenbeobachtungsstationen, Gefängnissen, Krankenhäusern ein

wachsames Auge haben; desgleichen darauf, dass die Ueberführung der Geisteskranken ohne Rohheiten vor sich geht. In rein ländlichen Bezirken empfiehlt es sich vielleicht, in Entfernungen wie die für die Pflegestationen vorgesehenen auch für solche Geisteskranke ganz einfache, aber zweckmässig eingerichtete, von einem Arzt schnell zu erreichende Localitäten bereit zu halten. Alle provisorischen Unterbringungen anstaltsbedürftiger Geisteskranker sollen gleichwohl nach Möglichkeit vermieden werden, zum mindesten nur nach wenigen Tagen zählen.

Ad 2: Die überwachende Fürsorge muss dort, wo die Kranken in der eigenen Familie oder bei Verwandten verbleiben, sich einerseits darauf beschränken, durch Vermittelung der Ortspolizeibehörde in unauffälliger, schonendster Weise nach dem Ergehen der Betreffenden zu forschen, andererseits es sich angelegen sein lassen, das Vertrauen der Angehörigen und dadurch Einfluss auf das Wohlergehen der Kranken zu gewinnen, oder auch mit Hilfe des behandelnden Arztes, des Geistlichen, event. auch der Gemeindediaconissin, des Lehrers etc. zu diesem Ziele zu gelangen. Sehr taktvolles und diplomatisches Vorgehen sind dabei unerlässlich; der Beamte muss hinter dem Arzt zurücktreten. Sobald aber die Kranken in fremden Familien untergebracht werden, muss die Fürsorge schon damit beginnen, dass der Medizinalbeamte in Stand gesetzt wird, die Qualifikation des Geisteskranken selbst für Familienpflege und ganz besonders auch der in Aussicht genommenen gewerbsmässigen Pfleger eingehend zu prüfen.

Diese letzteren müssen zum mindesten denselben Vorschriften unterworfen sein, wie diejenigen Personen, bei welchen fremde noch nicht 6 Jahre alte Kinder in Kost und Pflege untergebracht werden (vergl. Runderlass des Ministers der Medizinalangelegenheiten und M. des Inneren betreff. das gewerbsmässige Halten von Kostkindern vom 25. August 1880).

Der Kreisarzt muss, wie seine Vorschrift bei den Haltekindern lautet, nach Bedarf thunlichst unvermuthet diese Pflegestellen revidiren.

Unter Bedarf darf aber nicht eine Revision bei Gelegenheit anderweitiger Dienstreisen verstanden werden, sondern das pflichtgemässe Ermessen des Kreisarztes muss ausschlaggebend sein; wie überhaupt von einer wirklichen Fürsorge nur dann die Rede sein kann, wenn sie eine active, planmässige, den Character selbständiger amtlicher Thätigkeit tragende ist.

Von Allen, welche gegen Entgelt Geisteskranke, Epileptische und Idioten pflegen, ist zu verlangen, dass sie sich

1. eines tadellosen Leumunds erfreuen,
2. in geregelten und auskömmlichen Vermögensverhältnissen leben, geräumig genug wohnen,
3. körperlich und geistig gesund sind,
4. genügend Zeit haben und fähig sind, ihre Pflegebefohlenen zu beaufsichtigen und zu leiten.

Zu bevorzugen sind solche, welche

1. womöglich schon Erfahrung in der Irrenpflege haben,
2. abseits regeren Verkehrslebens wohnen. (Ländliche Verhältnisse werden im Allgemeinen die geeignetsten sein.)

Die familiäre Irrenpflege hat sich bislang so gut bewährt, dass sie nicht auf die Weichbilder der Irrenanstalten beschränkt bleiben darf, sondern eines immer grösseren planmässigen Ausbaues bedarf, zum Wohle der Kranken, zur Nutzbarmachung ihrer oft nicht unerheblichen socialen Leistungsfähigkeit und damit zur Entlastung der Gemeinden und der Irrenanstalten zu Nutz und Frommen der wirklich Anstaltsbedürftigen.

Aufgabe der Medizinalbeamten wird es sein, Anregungen und Belehrungen in dieser Beziehung zu geben, sich selbst in der Beurtheilung geeigneter Privatpflegen und der für solche Pflege geeigneten Kranken nach Kräften zu vervollkommnen.

Ad 3: Die prophylaktische Fürsorge wird, streng genommen, in der Dienstanweisung vom Kreisarzt nicht verlangt, da sie nur von bereits Geisteskranken, Epileptischen und Idioten spricht. Indessen ist sie implicite doch in ihr enthalten, weil die „dauernde" Fürsorge sich naturgemäss auch auf diejenigen erstrecken muss, welche als geheilt oder gebessert oder versuchsweise zu ihren Familien, in ihre berufliche Thätigkeit aus Anstalten entlassen sind: Denn ein beträchtlicher Procentsatz dieser Geheilten oder Gebesserten bleibt seelisch ungemein labil, und der von den Stürmen der Sorgen, des Kummers, der menschlichen Leidenschaft zu haushohen Wellen aufgepeitschte Ocean des alltäglichen Lebens verlangt eine ganz andere seelische Widerstandskraft, als der ruhige, glatte, geschützte Hafen, wie ihn das Leben in einer Anstalt darstellt.

Somit erwächst für den Medizinalbeamten die unabweisbare Pflicht, sich mit Rath und That daran zu betheiligen, diesen gefährdeten Personen zu einer geeigneten Thätigkeit zu verhelfen, Schädlichkeiten von ihnen abzuwehren, Vorurtheile und Inhumanität zu bekämpfen. Zur Erfüllung dieser Aufgabe reichen aber Zeit und Kraft des Medizinalbeamten nicht aus; er wird es sich daher angelegen sein lassen müssen, Vereine zur Placirung und Unterstützung aus Anstalten



für Geisteskranke etc. Entlassener nach Möglichkeit zu fördern.

Derartige Vereine, deren Wirksamkeit eine hervorragende soziale ist, giebt es zur Zeit noch viel zu wenige.

Da nun die ganze Wirksamkeit des Medicinalbeamten schliesslich auf Prophylaxis hinausläuft, so wird er sich auch der Pflicht, Prophylaxis auf dem Gebiet der Geisteskrankheiten auszuüben, nicht ganz entziehen können, wenn diese auch naturgemäss zum überwiegenden Theil in den Händen der practischen Aerzte ruht. Immerhin wird ihm die amtliche Thätigkeit nicht selten Gelegenheit darbieten, Degenerirte, Schwachsinnige in allen Nuancen, an epileptoiden, hysterischen Zuständen Leidende, Neurastheniker kennen zu lernen, und deren Angehörige, Erzieher, Brotherren pp. auf die richtige Behandlung dieser auf der Grenze zwischen geistig gesunden und kranken Stehenden hinzuweisen und dadurch dem Ausbruch von Psychosen vorzubeugen oder ihn doch wenigstens zu verzögern oder zu mildern.

Besonders sei auf den für Laien schwer richtig zu beurtheilenden Beginn des Jugendirreseins zur Zeit der psychischen Wandlungen während der Pubertätsjahre hingewiesen.

Ganz besonderes Gewicht ist auf die Psychagogie in der Schule zu legen. In wie weit es dem Kreisarzt möglich sein wird, durch enge Fühlung mit den Schulärzten sich den nothwendigen Einfluss zu sichern, mag dahin gestellt bleiben. Doch wo ein Wille ist, ist auch ein Weg. Jedenfalls muss unter den Schulärzten wenigstens ein Psychiater sein.

Die von manchen belächelten Familienabende würden auch geeignete Stätten für den Medicinalbeamten bilden, in allgemeinverständlicher Form das Gebiet der geistigen Minderwerthigkeit und der epileptoiden, hysterischen Zustände, der geistigen Erkrankungen im Allgemeinen zu beleuchten, die rückständige Furcht vor den Irrenanstalten zu bekämpfen, diesbezügliche Vorurtheile und Irrthümer zu zerstreuen, vor Ehen zwischen Geisteskranken, mit Geisteskrankheit erblich Belasteten zu warnen und dergl. mehr.

Die prophylaktische Fürsorge besteht endlich in berathender und thatkräftiger Unterstützung aller jener Bestrebungen, welche auf die Gründung von Volkssanatorien für Nervenkranke, von Rekonvalescentenheimen, Anstalten für Epileptische und Idioten, Erziehungsanstalten für geistig Zurückgebliebene und sittlich Schwache, auf Bekämpfung von Trunksucht und Geschlechtskrankheiten abzielen.

In der activ eingreifenden Fürsorge für die Geisteskranken spielt eine bedeutungsvolle Rolle der Begriff der „Gemeingefährlichkeit".

Er ist zur Zeit geradezu actuell, weil unsere hervorragendsten Psychiater neuerdings gegen seine Ausdehnung mehr oder weniger energisch Front gemacht, ihn in die Rüstkammer überwundener barbarischer Zeiten der Irrenbehandlung gewiesen haben.

„Gemeingefährlichkeit" eines geisteskranken Menschen ist in der That kein psychiatrischer Begriff, auch kein rechtlicher, sondern ein verwaltungstechnischer.

Er musste wohl oder übel von den Irrenärzten übernommen werden, und seine Auslegung schwankt nach der Anschauung des einzelnen in weiten Grenzen.

Es empfiehlt sich daher, ihn fallen zu lassen und durch „gefährlich" mit näherer Begründung, weshalb und wie lange etwa gefährlich, zu ersetzen.

Und das um so mehr, als der dehnbare Begriff des bisherigen „gemeingefährlich" viele harmlos und social mehr oder minder wieder leistungsfähig gewordene, als gemeingefährlich seiner Zeit eingelieferte Geisteskranke auf Grund strenger gesetzlicher Vorschriften, die leider auch dem Urtheile der polizeilichen Organe eine zu grosse Bedeutung einräumen, (cf. Min. Erlass v. 15. Juni 1901, die Entlassung von gefährlichen Geisteskranken betreffend) unnöthig lange und zum Schaden ihrer verpflichteten Unterhalter in den Irrenanstalten zurückhält, diese selbst überfüllt. Muss aber davor gewarnt werden, den Begriff der Gemeingefährlichkeit nicht zu sehr auszudehnen, über ihm nie zu vergessen, dass er hinter dem Heilzweck der Anstaltsüberführung weit zurückzustehen hat, und dort, wo er zu Recht besteht, bezügl. seiner Dauer nicht zu überschätzen, so ist ebenso eindringlich die Warnung gerechtfertigt, die Dauer der festgestellten Gemeingefährlichkeit nicht zu unterschätzen; nicht ausser Acht zu lassen, dass die Erfahrungen über das Verhalten eines Geisteskranken unter den Lebensbedingungen der Anstalt nicht ohne Weiteres auf sein muthmaassliches Verhalten im alltäglichen Leben mit seinen zahlreichen psychischen Insulten übertragen werden können. Exempla docent.

Der Medicinalbeamte thut, unbeschadet seines freien pflichtgemässen Ermessens von Fall zu Fall, doch im Allgemeinen gut, den Begriff der Gefährlichkeit eines Geisteskranken relativ scharf zu umgrenzen.

Ein Geisteskranker muss als gefährlich einer Anstalt zugeführt werden, wenn er

A. In Bezug auf andere Personen,

1. Gesundheit und Leben seiner engeren und weiteren Umgebung, die Sittlichkeit der Familie und der Oeffentlichkeit gefährdet;



2. die öffentliche Ruhe, Ordnung und Sicherheit in dem Maasse dauernd oder doch so häufig erheblich stört, dass er andauernd oder mit geringen Unterbrechungen in Polizeigewahrsam gehalten werden muss.

Diese Voraussetzungen zu 1 und 2 müssen durch sichere Thatsachen gegeben sein; Gerüchte, Vermuthungen, uncontrollirbare Mittheilungen genügen nicht. Nur wenn der Medicinalbeamte auf Grund eigener eingehender Prüfung annehmen muss, dass die derzeitige anscheinende Ungefährlichkeit des Geisteskranken die Ruhe vor dem sicheren Sturm bedeutet, dass in wenigen Tagen oder gar nur Stunden der Kranke die Consequenzen aus seinen Wahnideen ziehen und sich zu gefährlichen Angriffen auf seinen oder seine vermeintlichen Widersacher hinreissen lassen wird, wenn er einen Alkoholdeliranten, womöglich noch gleichzeitig einen Epileptiker vor sich hat, braucht er Thatsachen nicht abzuwarten.

Die relativ seltenen Fälle, in denen der Medicinalbeamte ohne behördlichen Auftrag von den Angehörigen eines Geisteskranken aufgefordert wird, die Nothwendigkeit der Unterbringung in eine Anstalt zu attestiren, erfordern die allergrösste Vorsicht in der Begutachtung und Werthung der vorgebrachten Beweismittel für die Gefährlichkeit des betreffenden Kranken. Exempla docent.

3. Wenn der Geisteskranke auf Grund verbrecherischer Neigungen nachweislich Leben, Gesundheit und materielles Gut seiner Mitmenschen schädigt, die Sittlichkeit gefährdet.

Vereinzelte geringfügige Delicte genügen nicht für die Begutachtung der Gefährlichkeit.

Die Beantwortung der Frage, ob verbrecherische Neigungen bei einem Kranken gewissermaassen als separirte moralisch-ethische Defecte innerhalb der psychischen Gesundheitsbreite aufzufassen sind oder schon als Symptom seiner Geisteskrankheit, wird oft Schwierigkeiten bereiten.

Practisches Interesse für die Anstaltsverwahrung wird sie aber erst dann gewinnen, wenn die andere Frage befriedigend beantwortet sein wird, ob sich der Bau besonderer Anstalten für verbrecherische Irre empfiehlt.

Eine Trennung zwischen diesen und den mit den Strafgesetzen nicht wesentlich in Conflict gerathenen Geisteskranken wird aber wohl erforderlich werden, je mehr sich einerseits der Character der Irrenanstalten immer stärker dem freier Krankenhäuser nähert, die Isolirung der Geisteskranken nur noch vereinzelt zur Anwendung gelangt; anderseits darauf Bedacht genommen wird, dem grossen Publikum die thörichte Scheu vor der rechtzeitigen Unterbringung der Geisteskranken in Anstalten zu benehmen.

Vor der Hand dürfte es sich empfehlen, für verbrecherische Irre kleinere Stationen an die grossen Strafanstalten in grösserer Zahl, als bisher geschehen ist, anzugliedern.

B. In Bezug auf seine eigene Person,

wenn der Geisteskranke Selbstbeschädigungen vornimmt oder offenbar dazu neigt; dazu gehören auch Nahrungsverweigerung, Verschlingen von Fäkalien und unverdaulichen Gegenständen, unbesiegbarer Widerstand gegen die Vornahme der nothwendigsten körperlichen Pflege und therapeutischer Maassnahmen, gewaltsames Verhalten von Harn und Koth, kurz alle Erscheinungen des schwersten Negativismus, unbekämpfbare Ruhelosigkeit bis zur Tobsucht (auch ohne aggressiven Character).

Schwere Depressionszustände, insonderheit bei reiner Melancholie und Alkoholismus, werden ganz besondere Berücksichtigung verlangen. Hier vereinigen sich die Gefahren für die eigene Person und die Umgebung.

Diese Zustände werden aber nur dann die Nothwendigkeit der Anstaltsüberführung bedingen, wenn nachweislich die häusliche Pflege zu ihrer zweckmässigen Bekämpfung nicht ausreicht.

C. Besteht die Selbstschädigung des an und für sich nicht gefährlichen Geisteskranken nur darin, dass er durch sein Verhalten sich oder auch die Seinen der Gefahr des Nothstandes aussetzt, dann ist, wie bekannt, die Entmündigung oder Pflegschaft dazu berufen, ihn zu schützen.

D. Periodisch oder circulär Geisteskranke, solche mit erheblichen Remissionen ihrer Geisteskrankheit, auch die sogenannten Verschrobenen müssen von Fall zu Fall und besonders sorgsam auf ihre Anstaltsbedürftigkeit begutachtet werden.

E. So wünschenswerth auch in vielen Fällen zum Heil des Geisteskranken allein oder auch seiner Familie eine frühzeitige Anstaltsüberweisung sein mag (bessere Heilungsaussichten, Verhütung von materiellen Schäden, Gesundheitsschädigungen der Angehörigen, erzieherische Fehlgriffe, inducirtes Irresein u. s. w.), die Nothwendigkeit der zwangsweisen Ueberführung in eine Anstalt kann durch diese Erwägungen nicht begründet werden.

Der Medicinalbeamte wird bei seiner Fürsorge für die Geisteskranken und -Schwachen zu keiner Zeit vergessen dürfen, dass es auf das „Können, nicht auf das Wissen allein ankommt; dass Anschauung und



Erfahrung auf dem festen Baugrund umfassender wissenschaftlicher und kritischer Vorbildung den Meister bilden, nicht der grüne Tisch oder Vielwisserei ohne eigene Arbeit, ohne klaren Blick, die nur Schematismus und Pedanterie zeitigen". Der Pfad, den der Medicinalbeamte wandeln muss, um seiner Fürsorge-Aufgabe gerecht zu werden, ist mannigfach verschlungen und dornenvoll; er geht ihn aber arbeitsfreudig und des Erfolges seiner Kleinarbeit sicher, getragen von dem erhebenden Gefühl des Vertrauens, das ihm der Staat entgegenbrachte, als er die Aermsten der Armen seinem Schutz empfahl.

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

In Preussen und Sachsen geschieht nur für die armen Irren etwas, s. unten.

Nur in der preussischen Provinz Hessen ist eine regelmässige „Nachweisung" und mindestens einmalige jährliche Untersuchung sämmtlicher nicht internirter Geisteskranker vorgesehen. Erl. des Reg.-Pr. v. Cassel, v. 13. April 1897. Bericht an den Landrath zu weiterer Verfügung. Dasselbe gilt für den Reg.-Bezirk Wiesbaden. (Psychiatr.-neurol. Wochenschrift 1900, S. 364.)

In Bayern[81]) existirt eine allgemeine Aufsichtspflicht der Gerichtsärzte über die Privatirrenpflege etc., womit freilich mehr die Privatirrenanstalten gemeint sind; ausserdem ist diese Pflicht nicht streng formulirt, sondern vielmehr nur erwähnt. („Die Regierung erwartet vertrauensvoll" — — — was wohl nicht viel nützen wird.)

In Oesterreich ist die Pflicht der Gemeinden für ihre (armen und nicht armen) Irren zu sorgen, namentlich aber dieselben „evident zu erhalten", in den verschiedensten Gesetzen und Erlassen festgestellt. So schon im Reichssanitätsgesetz[82]), wo diese Thätigkeit dem selbständigen Wirkungskreis der Gemeinde zugewiesen und der Aufsicht des ldf. Bezirksarztes unterstellt wird.[83])

Sie haben „insbesondere ihr Augenmerk darauf zu richten, dass derlei Kranke nicht einer inhumanen Behandlung preisgegeben oder Einschränkungen unterworfen werden, die durch die Beschaffenheit ihrer Krankheit nicht gerechtfertigt sind."

Die Vernachlässigung dieser Obliegenheiten der Gemeinden ist strafbar, Vollziehung kann auf Kosten der Gemeinde vorgenommen werden. (§ 99 der Gemeindeordnung v. 31. März 1864.)[84])

In Niederösterreich[85]) dürfen die Gemeinden solche Kranke nur gegen Uebernahmerevers aus ihrer Versorgung entlassen, worin Haftung für entsprechende Pflege und Ueberwachung gewährleistet ist.

2. Besondere Bestimmungen bezüglich armer Geisteskranker.

Wie schon in der Einleitung bemerkt worden ist, soll hier die Verpflichtung des Staates, für die Armen zu sorgen, nicht erörtert werden.

Soweit ein Geisteskranker arm ist und als armer Kranker behandelt wird, kommt er für uns nicht in Frage, nur, soweit für ihn als Geisteskranken besondere Vorkehrungen getroffen sind.

Fast in allen Staaten, welche öffentliche Irrenanstalten besitzen, sind Erleichterungen für minder Bemittelte vorhanden (z. B. eine zweite oder dritte Verpflegungsklasse).

Es ist von geringem Werth für das vergleichende Recht, diese Bestimmungen näher zu studiren. Wir deuten darum nur einige Anomalien an. So findet sich zuweilen die Bestimmung, dass Pfleglinge, die sofort beim Ausbruche der Krankheit in die Irrenanstalt gebracht werden, einen oder zwei Monate lang unentgeltlich verpflegt werden.[86])

Oder es wird denselben für Arbeit, die sie in der Anstalt leisten, eine gewisse Vergütung zugebilligt, für welche aber nicht ein Anspruch vorhanden ist, sondern die in der Competenz des Directors[87]) liegt.

[81]) Entschliessung d. Kgl. Regierung von Schwaben und Neuburg v. 25. Febr. 1809. — s. Hoffmann, Das Civilmedizinalwesen III, S. 271, auch M.-E. vom 15. Mai 1876. (Kuby, Med.-Gesetze des Kgr. Bayern, S. 691, und M.-Entschliessung v. 30. Dec. 1851.) (Weber, neue Gesetze etc.)

[82]) Sanit.-Ges. 1870, § 3 c, § 7.

[83]) M. V. 1874 § 23, siehe auch Dienstinstruktionen der Bezirksärzte z. B. Erl. der KK. Statthalterei in Tirol und Vorarlberg v. 17. Oct. 1885, Daimer, I, S. 326 ff.

[84]) Daimer, I, S. 346.

[85]) KK. nö. Statth. v. 27. August 1890. Daimer, II, S. 544.

[86]) So bei Universitätskliniken, auch in Hessen, Regl. § 24. Bern, Reg. Waldau, § 29, 2.

[87]) So z. B. in Zürich Reg. § 12, Aargau Reg. § 23.



So kann als therapeutische Maassnahme die Versetzung eines nicht vermöglichen Kranken in eine höhere Verpflegungsklasse ohne Mehrkosten stattfinden.[88])

Im Uebrigen kann die Fürsorge für die armen Geisteskranken als solche in eine unsystematische und eine systematische geschieden werden. Unsystematisch[89]) ist sie in den meisten deutschen Staaten, da, soweit Bestimmungen vorhanden sind, dieselben nur vereinzelt vorkommen. So auch in Belgien, Frankreich, den schweizerischen Kantonen mit und ohne Irrengesetz[90]), so auch Holland und Schweden. Systematisch ist sie in England, New-York, Norwegen und Schottland.

Bayern und Preussen könnten zur Noth zur zweiten Gruppe gezählt werden. Bayern[91]) überbindet unter der Voraussetzung der Unterstützungsbedürftigkeit eines Geisteskranken (nach Art. 3 u. 4 des Ges.) der Armenpflege die Pflicht der Unterbringung desselben, wenn er Pflege entbehrt, in einer Irrenanstalt. Preussen[92]) statuirt die Pflicht der Landarmenverbände, Vorkehrungen für 'Bewahrung, Kur und Pflege der hilfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten und Epilept., soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, zu treffen.

Damit ist indessen eine Verpflichtung zum Anstaltsbau nicht ausgesprochen.

In Schweden ist das Herumschicken eines geisteskranken Bettlers zu Unterhalt und Pflege im sogenannten Turnus verboten (st. § 60; Abs. 2).

Russland[93]) behandelt die armen Geisteskranken unentgeltlich in den Staatsanstalten.

In Oesterreich[94]) haben die Gemeinden und insbesondere ihre ärztlichen Organe für die Verpflegung armer Geisteskranker und für deren „thunlichste" Unterbringung in öffentlichen Anstalten zu sorgen.

In Baden existirt die besondere Form der Kreispflegeanstalten, in Württemberg der Pflegeanstalten für arme Geisteskranke.

Holland bestimmt, dass arme, bedürftige Geisteskranke auf Kosten der Gemeindeverwaltung in die Reichsirrenanstalt aufgenommen werden können, soweit der Platz reicht.

Andererseits hat Graubünden eine Irrenabtheilung, die mit der Correctionsanstalt verbunden ist, worin in erster Linie unheilbare, arme Irre aufgenommen werden sollen. Endlich hat Belgien[95]) Specialbestimmungen über den Transport armer Geisteskranker. Sie sollen unterwegs in Hospitälern, Asylen oder tauglichen Lokalen, keinesfalls aber in Gefängnissen oder zusammen mit Verbrechern verwahrt werden.

Unter den Staaten mit systematischer Regelung des Irrenarmenwesens ist zu unterscheiden zwischen New-York und Norwegen einerseits, England und Schottland andererseits.

In New-York und Norwegen unterscheidet sich das Vorgehen gegen arme Geisteskranke von demjenigen gegen vermögliche nur wenig.

Sie treffen hauptsächlich Anordnung über die Deckung der Kosten, welche in New-York zuerst bei den alimentationspflichtigen Familiengliedern gesucht werden soll. Ist sie dort nicht zu erhalten, so versorgt der Armenvorsteher den Geisteskranken auf Staatskosten.

In Norwegen[97]) sind die Kosten für Geisteskranke, die besondere Pflege erfordern, von der Stadt- oder Amtscommune zu bezahlen.

Die Kranken, die keine besondere Pflege erfordern, werden wie andere Arme verpflegt (lov. § 17).

Eine principielle Scheidung zwischen armen und vermöglichen Geisteskranken kennen England und Schottland.

In beiden Ländern werden die armen Irren (pauper lunatics, d. h. juristisch: die aus öffentlichen Mitteln unterstützten) unter allen Umständen der staatlichen Aufsicht unterworfen.[98])

Dabei wird ihnen in England die Garantie gegeben, dass sie in der Regel nur in öffentlichen (Grafschafts- oder Stadt-) Asylen untergebracht werden sollen.[99]) Doch können in beiden Staaten die Aufsichtsbehörden in ihrem Interesse den Versorgungsmodus abändern.[100]) In beiden Ländern wird eine Anzeigepflicht der Amtsärzte für Geisteskranke und präsumirte Geisteskranke festgestellt.[100])

[88]) Z. B. Luzern Reg. § 16.

[89]) Dieses Wort mit rein wissenschaftlichem Klang ausgesprochen.

[90]) Da die Armenpflege im allgemeinen Gemeindesache ist.

[91]) Gesetz über öff. Armen- und Krankenpflege, 19. April 1869, Reuss, S. 209.

[92]) Gesetz vom 16. Juli 1891. S. Unger.

[93]) Ges. Buch Bd. 10, 1857.

[94]) MV. 1874, § 23.

[95]) loi Art. 18, 20, Reg.-Art. 49.

[96]) Law. Art. 181, 182.

[97]) lov. § 19.

[98]) Engl. act. Art. 13—27. Schottland, Reuss, SS. 62, 63. — Meyer, l. c.

[99]) act. Art. 27.

[100]) act. Art. 20—22, Belassung eines GK. in einem Arbeitshause, nur soweit der Direktor es für dazu tauglich erklärt, resp. Unterbringung eines ruhigen Unheilbaren nach Uebereinkunft der Aufsichts- und Armenbehörden, (visitors, commiss. in lunacy and local governement boarders).



Die Visitors der Asyle bestimmen die Ernährungsweise der armen Geisteskranken. Eine interessante Einzelbestimmung hat endlich noch England. Nach act. art. 57 kann mit Zustimmung der Irrenpfleger (guardians), der Kirchengenossenschaft, ein Verwandter oder Freund des pauper lunatic, wenn er die nöthigen Garantien für gute Besorgung darbietet, denselben in Pflege nehmen und dafür die Summen empfangen, die dem Asyl für den Kranken bezahlt würden. Dies Verhältniss kann nicht unter die Rubrik „officielle Familienpflege" gebracht werden, da es sich speciell um arme Geisteskranke handelt, und die Initiative nicht vom Asyl, sondern vom Verwandten oder Freund ausgeht. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **Tagesordnung zur Jahresversammlung bayerischer Psychiater** am 13. und 14. Juni 1905 zu München.

I. Bericht der Vorstandschaft, Geschäftliche Mittheilungen, Rechenschaftsablage, Vorstandswahl.

II. Vorträge:

1. Privatdocent Dr. Alzheimer-München: Ergiebt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprozess bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund?
2. Dr. Ast-München: Einige Fälle von inducirtem Irresein.
3. Dr. Busch-München: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkungen verlängerter Bäder.
4. Sanitätsrath Dr. Fauser-Stuttgart: Zur Psychologie des Symptoms der rythmischen Betonung bei Geisteskranken.
5. Privatdocent Dr. Gaupp-München: Die Depressionszustände des höheren Alters.
6. Professor Dr. Gudden-München: Ueber Schlaftrunkenheit.
7. Professor Dr. Kraepelin-München: Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie.
8. Professor Dr. Nissl-Heidelberg: Psychiatrische Fehldiagnosen.
9. Dr. Nitzsche-München: Thema vorbehalten.
10. Dr. Ranke-München: Ueber eine besondere Form von Entwickelungshemmung der Grosshirnrinde.
11. Dr. Rehm-München: Weitere Erfahrungen über Lumbalpunction.
12. Dr. Reichart-Würzburg: Ueber die Bestimmung der Schädelkapacität an der Leiche.
13. Professor Dr. Specht-Erlangen: Chronische Manie und Paranoia.
14. Dr. Stranzky-Wien: Zur Lehre von der Sprachverwirrtheit.
15. Dr. Weiler-München: Demonstration eines neuen Pupillenmessapparates.
16. Director Dr. Vocke-München: Liquidationen in Strafsachen.
17. Professor Dr. Weygandt-Würzburg: Ueber Mongolismus.

München, am 13. Mai 1905.

Der Vorstand
Dr. Vocke. Dr. Herfeldt.

— Die **75. ordentliche Generalversammlung des Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** findet am Samstag, den 17. Juni 1905, Nachmittags 1½ Uhr in Bonn im Hotel Kley statt.

Angekündigte Vorträge: a) Westphal-Bonn, Krankenvorstellung. b) Hoffmann-Düsseldorf, Trauma und progressive Muskelatrophie. c) Foerster-Bonn, Demonstration. d) Kölpin-Bonn, Demonstration mikroskopischer Präparate. e) Ungar-Bonn: Die Verwerthung der in directer Rede protokollirten Aussagen für das gerichtsärztliche Gutachten. f) Bodet-Brauweiler, Geistesgestörte in der Arbeitsanstalt.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

Discussion über die Vorträge 1—5:

Herr Binswanger macht zur Entscheidung der Frage, ob primäre Entwicklungshemmung oder pathologischer, entzündlicher o. a. Process, auf das Studium histologischer Befunde aufmerksam: Bei ersterer findet man Zellen embryonalen Charakters auch in reiferem Alter, bei letzteren verkümmerte, verkalkte, sklerosirte Zellen der fertigen Rinde. Ferner weist er darauf hin, welche Rolle in dem Endbilde neben der Grösse der ursprünglichen Zerstörung die Möglichkeit der reparatorischen Vorgänge spielt; letztere vermögen alle Uebergänge von echter Porusbildung bis zur circumscripten Hirnsklerose zu bedingen.

Herr Tuczek stimmt bez. der Idiotenfürsorge Herrn Weygandt bei und erhebt Bedenken gegen die von Herrn Meltzer vorgeschlagene Trennung. Aus Anlass einer neuerdings erschienenen Denkschrift pädagogischer Leiter deutscher Idiotenanstalten, die gegen die Psychiater polemisirt, erinnert er an den im Jahre 1893 auf der Versammlung in Frankfurt a. M. vom Verein in einem Beschlusse festgelegten Standpunkt.

Herr Anton macht darauf aufmerksam, wie nicht nur die Thyreoidea, sondern auch andere grosse Drüsen, wie Thymus, Nebennieren, Geschlechtsdrüsen, mit der Ausbildung des Gehirns in Zusammenhang stehen. Er beantragt ferner, einen Ausschuss zu wählen, der fortgesetzt die Fragen der Idiotenfürsorge und -Forschung zu verfolgen und dem Vereine hierüber Bericht zu erstatten hätte.

Herr Siemens schliesst sich der Anregung Tuczek's an, berichtet Einzelheiten über die von ihm erwähnte Denkschrift und bringt die schon in Nr. 6 wiedergegebene Resolution ein.



Herr Schnitzer theilt einige pathologisch-anatomische Beobachtungen mit und betont, dass die Idiotie durchaus nicht immer einen abgelaufenen Krankheitsprocess darstellt, sondern oft Exacerbationen, Recidive, Erregungszustände u. a. erkennen lässt. Bezüglich der von Meltzer vorgeschlagenen Trennung von bildungsfähigen und -unfähigen Idioten theilt er die von Herrn Tuczek geäusserten Bedenken.

Herr Jenz geht ebenfalls des Näheren auf die von Herren Tuczek und Siemens erwähnte „Denkschrift der Leiter deutscher Idiotenanstalten" ein. Er bestätigt vorerst, dass auch nach seinen Erfahrungen die Idiotie absolut nicht immer ein abgelaufener Process ist. Die Heilpädagogen bedienen sich in ihrer Denkschrift sehr zweifelhafter Mittel, um ihren Standpunkt zu rechtfertigen, und besonders zu der missbräuchlichen Verwendung ärztlicher Aussprüche Stellung zu nehmen, hält er für dringend nothwendig. Dass sie an Boden gewonnen haben ist aber zum Theil auch mit Schuld der Aerzte; sie wirken sogar an Zeitschriften mit, die gegen Aerzte und Psychiater in der ausfälligsten Weise vorgehen, wie die Zeitschrift für Kinderforschung, die „Kinderfehler", herausgegeben von Dir. Trüper in Jena. Auch er hält die von Meltzer vorgeschlagene Trennung in bildungs- und nicht bildungsfähige Idioten für nicht durchführbar.

Herr Kreuser schliesst sich der Verwahrung gegen eine Trennung von bildungsfähigen und -unfähigen Idioten an; beide sind Gehirnkranke, in früher Kindheit oder im embryonalen Leben Erkrankte und bedürfen als solche ärztlicher Behandlung. Nur einen Theil dieser Behandlung kann die erziehliche und Schulausbildung darstellen. Mit vollem Rechte hat Herr Weygandt betont, dass dieser Theil nicht so gross sein darf, um die praktisch-technische Ausbildung zu überflügeln. Für den Schulunterricht genügt das Maass des Bildungsganges des Volksschullehrers, das doch dem des Mediciners nicht ohne weiteres an die Seite gestellt werden kann. Schon aus diesem Grunde können wir eine coordinirte Stellung von Arzt und Pädagog nicht für richtig halten.

Herr Pelmann und Herr Binswanger rechtfertigen Herrn Jenz gegenüber ihre persönliche Stellung zu den nichtärztlichen Anstaltsleitern und Zeitschriften.

Herr Moeller: Der Arzt kann sich leichter die für die Idiotenbehandlung nöthigen pädagogischen Kenntnisse erwerben als der Lehrer die entsprechenden psychiatrischen. Schon die Entscheidung darüber, ob ein Zögling einer rein pädagogischen Beeinflussung oder einer psychiatrischen Behandlung bedarf, ist eine psychiatrische Aufgabe, weil sie die Deutung der psychologischen Einzelerscheinungen in dem Sinne verlangt, ob sie innerhalb der Breite des Normalen liegen oder schon als pathologisch anzusehen sind. Schon dieser eine Grund müsste genügen, den Psychiatern eine entscheidende Stelle in der Leitung von Idiotenanstalten zuzuweisen.

Herr Seelig hebt hervor, dass das Wort Fürsorge sich einmal auf im Allgemeinen Hilfsbedürftige bezieht, anderntheils aber eine gerichtlich angeordnete Maassregel für jugendliche Verbrecher bedeutet. Die für letztere bestimmte Fürsorgeerziehungsanstalt erfüllt wichtige prophylactische Aufgaben, indem sie die Zahl der eventuellen späteren „geisteskranken Verbrecher" vermindern hilft.

Herr Neisser will einem möglichen Missverständnisse in der Hinsicht vorbeugen, dass bei der Forderung ärztlicher Leitung von Anstalten nicht die Fürsorgeerziehungsanstalten gemeint sein können. Wenn sie auch nothwendig eines psychiatrischen Beirathes bedürfen, weil der Procentsatz der ausgeprägt psychopathischen Elemente unter ihren Insassen ein erheblicher ist, so würde es doch zu weitgehend und verfehlt sein, ihre Leitung ausschliesslich dem Arzte vorbehalten zu wollen. Zu dem Vortrage des Herrn Kluge erwähnt N., dass er bezüglich der Unmöglichkeit, die für die Beurtheilung erforderlichen anamnestischen Daten zu erhalten, dieselben Erfahrungen gemacht hat. In den für die Landrathsämter vorgeschriebenen Fragebogen müssen die die Heredität, die psychische und physische Entwickelung betreffenden Fragen, wie sie für die Einweisung in Irrenanstalten üblich sind, ebenfalls aufgenommen werden. In dem Vortrage des Herrn Tippel begrüsst er eine der Bestrebungen, die Auffassungs- und Denkweise der Anstaltsleiter und Pädagogen mehr in anthropologische Bahnen zu leiten. Dieses Ziel hat neben seiner wissenschaftlichen auch eine eminent praktische Bedeutung, indem es, wenn verwirklicht, viele auf Strafverfahren und Gefängnisskosten verwendete Millionen ersparen wird, die heute verbraucht werden, ohne doch der Gesellschaft einen genügenden Schutz gegen asociale Elemente zu gewähren.

Herr Weygandt (Schlusswort): Man soll keinen principiellen Gegensatz zwischen Lehrern und Pädagogen konstruiren. Die Lehrer aber sollten sich an die Aerzte halten, statt den Theologen die Kastanien aus dem Feuer zu holen. Die zwei sächsischen Anstalten entsprechen den Hülfsschulen der Städte mit dem Ziel, die Schüler entlassungsfähig zu machen; auf dieser Stufe stehen aber sonst nur sehr wenige Anstalten. — Die mehrfach erwähnte „Denkschrift" wimmelt von Unrichtigkeiten, umso dringender ist es nöthig, den ärztlichen Standpunkt zu wahren. Werthvoller noch als Resolutionen und Commissionen würde das persönliche Wirken der einzelnen Aerzte und besonders auch das aufklärende Verhalten der Psychiater an maassgebenden Stellen und den Behörden gegenüber sein.

Herr Kluge: Eine klare Stellungnahme den Vorstössen der Pädagogen bezw. Theologen gegenüber erscheint auch aus folgendem Anlass nöthig: In der Stettiner Conferenz für das Idiotenwesen wurden dem Psychiater die Anstalten für nicht bildungs- oder beschäftigungsfähige Idioten mit dem Hinweise überwiesen, der Arzt könne daselbst ja auch seine „Versuche" anstellen. Dieser Ausdruck kann zweifellos leicht irreführen, und in der That führte der betref-



fende Redner auch an, dass Aerzte ja auch durch Schädelaufmeisselungen ihre Forschungen betreiben. In der Art und Weise, wie solche laienhaften Angaben vorgebracht werden, liegt zweifellos die Gefahr, dass das Publikum gegen den Arzt prinzipiell misstrauisch gemacht wird und in demselben nicht einen humanen Fürsorger, sondern einen kalten und gefühllosen Streber sieht; es muss bei solchen Reden geradezu an vivisectorische Experimente denken.

Herr Meltzer sieht seinen Standpunkt schon in dem Schlussworte Weygandt's gerechtfertigt und wiederholt, dass die Sächsischen Erziehungsanstalten mehr Landeshülfsschulen als Idiotenpflegeanstalten sind; letztere stehen schon jetzt unter ärztlicher Leitung und werden es auch bleiben. Im übrigen sollten seine Vorschläge nur ein Provisorium sein, wie er auch wiederholt betont habe, damit in einer Uebergangszeit die deutsche Psychiatrie auch in den Unterrichts- und Erziehungsanstalten für leichter schwachsinnige Kinder sich frei bethätigen könne. Deshalb könne er auch den vorgeschlagenen Resolutionen sich anschliessen.

Herr Tippel schlägt vor, dass der Verein seinen Vortrag den amtlichen Stellen, die in der Fürsorge entscheidend sind, vorlegt und anregt, dass die Belehrung der Fürsorger in den Psychopathien gefördert werde und die in dem Vortrage angeregten Gesichtspunkte berücksichtigt werden.

6. Prof. Cramer-Göttingen: Ueber Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus.

Cramer hält es für selbstverständlich, dass das in neuerer Zeit in Wort und Schrift immer mehr hervorgetretene Bestreben, das Publikum gegen die gefährlichen Handlungen von Geisteskranken zu schützen, nicht bestritten werden soll. In diesem Bestreben kann aber auch über das Ziel hinausgeschossen werden; denn es ist nicht zu verkennen, dass entsprechend einem alten Vorurtheil, das noch weite Kreise des Publikums beherrscht, allem, was Geisteskranke thun und lassen, in Laienkreisen eine viel zu hohe Bedeutung beigelegt wird und dass vielfach die Ueberzeugung besteht, dass jeder Geisteskranke in hohem Grade gefährlich für Gut und Leben seiner Mitmenschen sei. Es ist das um so erstaunlicher, als heute in der Zeit der freien Behandlung und Familienpflege der Geisteskranken trotz vielfacher aufklärender Vorträge und entsprechender Aufsätze in der belletristischen Literatur das Publikum in seiner grossen Masse immer noch nicht verstehen will und verstehen lernt, dass unsere modernen Irrenanstalten Krankenanstalten sind, in denen solche Kranke behandelt werden, deren Gehirn krank ist, und dass diese Krankheit sich in nichts von jeder anderen körperlichen Erkrankung unterscheidet. Dieses Vorurtheil wurzelt hartnäckig in einer wissenschaftlich längst überwundenen philosophisch moralisirenden Anschauung, dass die Geisteskrankheiten ein Product der Sünde und Leidenschaft seien und dass demnach der Geisteskranke mit dem Verbrecher auf eine Stufe zu stellen sei und dass weiter die beste Behandlung für den Geisteskranken die sei, dass man ihn möglichst sicher ohne jede Möglichkeit zur freien Bewegung hinter Schloss und Riegel bringe. Dabei spielt hinein, um diese Anschauung noch zu bekräftigen, und in demselben Vorurtheil wurzelnd, das alte und immer neue Gespenst der widerrechtlichen Freiheitsberaubung.

Die moderne Behandlung der Geisteskranken hat gezeigt, dass, je freiere Bewegung man den Geisteskranken gewährt, ein um so besserer Heilerfolg erzielt wird. Würde diese freie Bewegung, bei der natürlich auch Aufnahme und Entlassung eine besondere Rolle spielen, durch neue gesetzgeberische oder Verwaltungsmaassregeln erschwert werden, so würden die gesammten modernen Errungenschaften der wissenschaftlichen Psychiatrie schwer in Frage gestellt werden. Deshalb ist es auch so bedenklich, dass vielfach die Gefährlichkeit der Geisteskranken überschätzt wird. Erstaunlich ist es, dass man eigentlich nur von der Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken spricht, während es andere Krankheiten, z. B. Geschlechtskrankheiten, bestimmte Infectionskrankheiten giebt, welche viel gefährlicher sind, die aber niemals als gemeingefährlich bezeichnet werden, von denen man höchstens spricht, wenn sie massenhaft auftreten, wie z. B. gegenwärtig die Genickstarre.

Die gefährlichen Handlungen der Geisteskranken können, insofern sie wirklich vorhanden sind, ganz wesentlich eingeschränkt werden, wenn die Geisteskranken möglichst zeitig in eine Anstalt kommen, wenn also das Aufnahmeverfahren nicht erschwert, sondern erleichtert wird, wenn die Behandlung in den Anstalten auch bei denen, die gefährlich gewesen sind, eine möglichst freie ist. Denn nur auf diese Weise ist es zu erreichen, dass der gefährliche Geisteskranke, auch wenn er nicht zu heilen ist, in einen ungefährlichen verwandelt wird.

Ganz verfehlt wäre es, die Kranken, welche gefährlich geworden sind, auf dem Wege eines civil- oder strafrechtlichen Verfahrens für eine bestimmte Zeit in Irrenanstalten unterbringen zu wollen. Die Irrenanstalten sind Krankenanstalten, und über den Aufenthalt in ihnen kann nur der Zustand des Pat. entscheiden, nicht, was er gemacht hat. Denn das ist sicher, dass viele gefährliche Handlungen von Geisteskranken nicht durch die Geisteskrankheit allein, sondern durch ungünstige äussere Verhältnisse, eine Constellation von Umständen, wie sie im Leben des Betreffenden nie wieder vorkommen, und durch ein thörichtes Verhalten des Publikums herbeigeführt sind. Es wäre deshalb geradezu ein Verbrechen, selbst einen nicht geheilten, sondern auch nur gebesserten Kranken auch dann noch in einer Anstalt zu behalten, wenn man die Ueberzeugung hat, dass er draussen ohne Gefährdung seiner Umgebung seinen Unterhalt wieder erwerben kann. Würden nun unsere Irrenanstalten mit dem Strafvollzuge auf irgend eine Weise verquickt, dann wäre das ein Schlag ins Gesicht für die Kranken, welche, ohne dass sie einen Conflict mit dem Str. G. B. verschuldeten, zur Behandlung in eine Anstalt ge-



kommen sind, und für die Angehörigen. Es wäre ein Rückschritt fast ins Mittelalter, wie er nicht schlimmer gedacht werden kann.

Diese Gefahr besteht auch für den Fall, dass man in absehbarer Zeit schon die geistig Minderwerthigen bei einer strafrechtlichen Behandlung einer Irrenanstalt zuweisen wollte. Das Gesetz sagt ausdrücklich, dass die That eines Geisteskranken nicht vorhanden ist, während in einer Lex ferenda, welche die geistig Minderwerthigen berücksichtigt, diesen geistig Minderwerthigen noch eine gewisse geminderte Zurechnungsfähigkeit und Straffähigkeit zuerkannt werden könnte. Ganz abgesehen davon, dass ein geistig Minderwerthiger kein Geisteskranker ist und also deshalb schon nicht in eine Irrenanstalt gehört, würde auch diese Verquickung mit dem Strafvollzuge seine Aufnahme in eine moderne Irrenanstalt, in eine Krankenanstalt unmöglich machen.

Cramers Vortrag hat also den Zweck, die Geisteskranken und die Krankenanstalten, in denen sie behandelt werden, die Irrenanstalten davor zu schützen, dass bei irgendwelchen Maassregeln zum gewiss berechtigten Schutz des Publikums nicht so vorgegangen wird, dass die moderne zweckdienliche und segenbringende Behandlung unmöglich gemacht und die Animosität des Publikums gegen die Irrenanstalten weiter gesteigert wird. Als practisch durchführbare Maassregel zum Schutze des Publikums sieht Cramer eine gute Durchführung der ärztlichen Beaufsichtigung der Kranken ausseralb der Anstalt an, ein sorgfältiges Vorgehen bei der Entlassung und die Verpflichtung der Anstaltsleiter im Sinne der Preuss. Min.-Verfügung, drei Wochen vor der Entlassung eines gefährlich gewesenen Kranken der zuständigen Ortspolizeibehörde Mittheilung zu machen Ganz besonderen Erfolg verspricht er sich aber auch von einer weitgehenden Aufklärung des Publikums, damit es das Misstrauen gegen die Anstalten verliert, beizeiten die Kranken in die Anstalt bringt und sich in zweifelhaften Fällen da Rath holt, wo es wirklich sachverständigen Rath finden kann.

(Der Vortrag erscheint demnächst in den „Juristisch-psychiatrischen Grenzfragen.")

7. Prof. Meyer-Königsberg i. Pr.: Ueber psychische Infection (inducirtes Irresein).

Bei der „psychischen Infection" ist die Forderung gestellt worden, dass die inducirte der primären Psychose dauernd wesensgleich sei. Fast alle Fälle von inducirtem Irresein gehören der Paranoia oder der Dementia paranoides an; es zeigt sich dabei, dass lebhaft betonte Vorstellungen viel leichter übertragbar sind als motorische oder affektive Störungen. Bei Melancholie z. B. hält Vortr. eine eigentliche psychische Infection für nicht vorkommend. Die krankhafte Idee wird von dem Inducirten nicht aus Mangel an Kritik aufgenommen, sondern weil sie bei ihm schon auf eine krankhaft vorbereitete Psyche trifft. Nach Weygandt könne Paranoia auch Dementia paranoides induciren und umgekehrt. Vortr. berichtet hierauf über zwei Fälle eigener Beobachtung: I. Zwei Schwestern; die jüngere erkrankte vor längeren Jahren an hypochondrisch-paranoischen Wahnideen, glaubte sich durch Beibringung von Gift auf und unter die Haut geschädigt, machte querulatorische Eingaben, bot schliesslich in der Anstalt dauernd dasselbe monotone Bild. — Die ältere Schwester hat diese seit 18 Jahren theils gepflegt, theils häufig in der Anstalt besucht; als die Entmündigung ausgesprochen werden sollte, wurde sie unvermittelt stark erregt, verlangte die Entlassung der Schwester, wollte diese selbst heilen, sich in anderm Falle das Leben nehmen. Sie äusserte jetzt, ihre Schwester sei nach einer Injektion erst krank geworden, sie sei von Anfang an falsch, und zwar „zu scharf" behandelt worden, „zufällig" sei jedes Mal nach dem ärztlichen Besuch der Zustand schlechter geworden u. s. w. Dazu kamen mehrfach Erinnerungsfälschungen, von der Krankheit der Schwester war sie, trotz des fortschreitenden Verlaufes, je länger je weniger überzeugt. — Die inducirten Ideen sind also hier eine Art Erklärungswahn für die Krankheit der Schwester; bei dieser liegt eine Dementia paranoides, bei der Inficirten eine Paranoia vor. — II. 39jähr. Mann, im Anschluss an eine dienstliche Anzeige glaubte er sich verfehlt zu haben, machte sich pathologische Selbstvorwürfe, gerieth schliesslich in einen stuporösen mutacistischen Zustand von langer Dauer. — Die 36jähr., nicht belastete Frau regte sich über den Zustand des Mannes sehr auf, glaubte, es handele sich nur bei ihm um Verstocktheit, die durch Verfolgungen von Seiten der Behörde hervorgerufen sei. — Bei der gleichzeitig erfolgten Aufnahme zeigten beide katatone Symptome. Es ist hier im Gegensatz zum 1. Fall kein inducirtes Irresein anzunehmen: Erregung und Sorge über den Mutacismus des Mannes waren bei der als prädisponirt anzusehenden Frau die Ursachen der Psychose. — Der Vorgang bei psychischen Epidemieen ist als ein anderer als bei solchen Einzelfällen anzusehen; in der Psychologie der Masse fehlen Hemmungen, die der Einzelne besitzt, ihr Fehlen erleichtert die Verbreitung pathologischer Ideen. **(Fortsetzung folgt.)**

— **Ermordung einer Anstaltskranken durch ihren Ehemann.** Eine eigenartige Tragödie hat sich am 15. d. Mts. in der der Grafschaft London gehörigen Irrenanstalt von Horton abgespielt. Ein 26jähriger Arbeiter Namens Clapham hatte seine junge Frau, die nach der Geburt eines zweiten Kindes körperlich wie geistig leidend geworden war, dort besucht. Frau Clapham lag in einem besonderen Zimmer in einem Bett, und ihr Mann war mit ihr allein gelassen worden. Kaum hatte der Mann das Zimmer verlassen, so trat die Wärterin wieder ein, und sah Frau Clapham tot mit durchschnittenem Halse auf dem Fussboden liegen, der Kopf war fast vom Rumpfe getrennt. Der Mann hatte das Gebäude noch nicht verlassen, und er leistete gar keinen Widerstand, als man ihn als des Mordes verdächtig festhielt. Der Polizei gestand Clapham die That sofort ein, und bemerkte dabei: „Ich danke Gott, dass sie von ihrem Leiden befreit ist. Je schneller ich nun gehenkt werde, um so besser ist es." Wie sich herausstellte, hat Frau Clapham wiederholt von der Irrenanstalt aus ihrem Manne geschrieben, er möchte sie umbringen



und sie so aus ihrem Elend erlösen. — Diese Briefe und das zunehmende Leiden der Frau, die Clapham jede Woche einmal besuchte, umdüsterten das Gemüth des Mannes, und er sagte häufig: „Etwas muss geschehen; ich kann es nicht mehr ertragen." (Frankfurter Zeitung).

— **Attentat eines Geisteskranken auf einen Gerichtsarzt.** Aus Bndapest, 13. ds., wird dem Wiener Fremdenblatt berichtet: In der Abtheilung für Geisteskranke des hiesigen Gefangenenhauses überfiel der Geisteskranke Tadics den Gerichtspsychiater Dr. Edmund Nemeth mit einem Messer und führte mehrere Stiche gegen seine Brust, welche aber von der Brieftasche aufgehalten wurden, so dass Dr. Nemeth nur leichte Verletzungen erlitt. Tadics wurde von herbeigeeilten Wärtern entwaffnet.

Referate.

— Hunt: Multiple sclerosis with dementia. A contribution to the combination form of multiple sclerosis and dementia paralytica. American Journ. of the Med. Sciences. Dezemb. 1903.

Der Verlauf der multiplen Sclerose ist bisweilen durch das Ueberwiegen psychischer Symptome charakterisirt, es tritt schliesslich vollkommene Verblödung ein. In solchen Fällen handelt es sich entweder um extreme Entwicklung des sclerotischen Processes oder um die seltene Combination von multipler Sclerose und Dementia paralytica. Zu der letztgenannten Gruppe rechnet Verf. seine Beobachtung, die eine 53jährige Frau betrifft. Die Untersuchung ergab spastisch-ataktischen Gang, Ataxie und Tremor der Arme, Nystagmus, Neuritis optica, progressive geistige Schwäche. Tod nach 8 Jahren.

Er fand Verdickung der Pia, Hydrocephalus ext. u. int., Atrophie des Frontal- und Parietallappens, Ependymitis granularis, sclerotische Herde im Centrum semiovale, der Rinde, Kleinhirn, Pons, Medulla und Rückenmark. Microscopisch: Atrophie der Rindenzellen, z. Th. enorme Erweiterung der pericellulären und perivasculären Räume, Fehlen der Tangentialfasern. Die Herde bestanden aus einem dichten Netzwerk von Gliazellen und Fibrillen, enthielten häufig nackte Achsencylinder. Im Rückenmark diffuse Faserdegeneration. Perivasculäre Sclerose im Opticus. Schütte-Osnabrück.

— Fränkel a. Hunt: On neurofibromatosis. Med. Record. June 13. 1903.

Unter den 4 beschriebenen Fällen beansprucht der erste, welcher eine Neurofibromatosis generalis betrifft, das grösste Interesse. Eine 31jährige Frau litt an langsam zunehmender Schwäche im rechten Bein. Später stellten sich Contracturen in beiden unteren Extremitäten, Schwäche in Händen und Armen, choreaartige Zuckungen sowie ausgedehnte Sensibilitätsstörungen ein. An der Haut des Bauches und des Thorax Fibrome. Tod an Cystitis und Pneumonie. Es fand sich ein kleines Neurofibrom am linken Vagus, ferner diffuse unregelmässige Verdickungen beider Vagi, der N. brachiales, crurales und ischiadici; plexiforme Neurome am Plexus cervicalis und lumbalis, ein hühnereigrosses Neurom am 6. Intercostalnerven sowie im Bereich der untersten Hals- und oberen Brustwirbel ein von der Dura ausgehendes Fibrom, welches das Rückenmark comprimirt hatte. Ausserdem war Fibromatose der vorderen und hinteren Cervicalwurzeln und der dazu gehörenden Spinalganglien nachweisbar, ebenso zerstreute Inseln von fibromatösem Gewebe in der Cauda equina und den übrigen Spinalwurzeln. In den peripheren Nerven fand sich ebenfalls Vermehrung des Bindegewebes, die Nervenfasern waren im allgemeinen erhalten.

Die übrigen 3 Fälle bieten wenig allgemeines Interesse. Schütte-Osnabrück.

Personalnachrichten.

Personalveränderungen an den rheinischen Provincialanstalten vom 1. 4. 05: Dr. Buddeberg, I. Oberarzt in Merzig zum Director in Merzig, Dr. Lückerath, III. Arzt in Galkhausen zum II. Oberarzt in Merzig, Dr. Ennen, III. Arzt in Andernach zum III. Arzt in Merzig. Dr. Flügge, I. Oberarzt in Grafenberg zum Director von Johannisthal bei Süchteln, Dr. Adams, II. Oberarzt in Galkhausen zum I. Oberarzt in Johannisthal bei Süchteln, Dr. Siebert, III. Arzt in Bonn zum II. Oberarzt in Johannisthal bei Süchteln. Dr. Deiters, II. Oberarzt in Bonn zum I. Oberarzt in Grafenberg, Dr. Schroeder, III. Arzt in Grafenberg zum II. Oberarzt in Grafenberg, Dr. Becker, Assistenzarzt in Grafenberg zum III. Arzt in Grafenberg. Dr. Neu, III. Arzt in Merzig zum II. Oberarzt in Galkhausen, Dr. Radermacher, Assistenzarzt in Merzig zum III. Arzt in Galkhausen. Dr. Stallmann, III. Arzt in Düren zum II. Oberarzt in Andernach. Dr. Geller, Assistenzarzt in Düren zum III. Arzt in Düren. Dr. Foerster, Privatdocent, Assistenzarzt in Bonn zum III. Arzt in Bonn.

— Der Vorstand der Nervenabtheilung im Pragaer Spital zu Warschau, Dr. Johann Piltz wurde zum ausserordentlichen Professor der Psychiatrie und Nervenpathologie an der Universität in Krakau ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale Fernsprecher 2834.

Nr. 10. 3. Juni. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die „nicht Geisteskranken" in der preussischen Irrenanstaltsstatistik.

Von Dr. *Grunau*, Elbing.

Die „preussische Statistik", welche vom Königlichen statistischen Bureau als „amtliches Quellenwerk" herausgegeben wird, erscheint in zwanglosen Heften und bringt unter Anderem auch fortlaufend eine Morbiditätsstatistik aus den Krankenanstalten und zwar für die Irrenanstalten seit 1875 und für die übrigen Krankenanstalten seit 1877. Das Material zu diesen Veröffentlichungen liefern die Zählkarten, welche zu den erwähnten Zeiten in den beiden Arten von Krankenhäusern eingeführt wurden. Bis 1900 wurden die jahrweise zusammengestellten Ergebnisse in getrennten Heften veröffentlicht und meistens für 3 Jahre auf einmal. Seit 1901 erscheinen jedoch beide Berichte zusammen in einem Heft und umfassen nur 1 Jahr. Es hat dies den Vortheil, dass alles Zusammengehörige bei einander ist, und dass vor allen Dingen die Ergebnisse früher bekannt werden, nämlich schon im zweiten Jahr nach Ablauf des Berichtsjahres, während sie früher für das erste Jahr in dem betreffenden Triennium sogar erst 5 Jahre später zur Veröffentlichung gelangten. Bis jetzt sind in der neuen Form die Berichte für 1901 und 1902 erschienen.

Bei dieser Vereinigung ist jedoch die Irrenanstaltsstatistik schlecht weggekommen, indem sie um eine der wichtigsten Tabellen gekürzt ist, nämlich um die grosse Frequenztabelle, auf der für jede einzelne Anstalt Anfangsbestand im Jahr, Zugang, Summe der Verpflegungsfälle, Abgang und Art des Abgangs, ob als geheilt, gebessert, ungeheilt oder gestorben, angegeben war. Der Schlussbestand war zwar nicht besonders vermerkt, konnte aber aus den angeführten Zahlen berechnet werden. Diese Tabelle war um so schätzbarer, als es die einzige überhaupt vorhandene Zusammenstellung war, die in gleichmässiger Weise über alle Anstalten den bezüglichen Aufschluss gab. Freilich war sie nicht fehlerfrei, da z. B. Schlussbestand in dem einen Jahr und Anfangsbestand im nächstfolgenden Jahr bei manchen Anstalten bisweilen erheblich differirten. Doch dürfte die Schuld daran weniger das statistische Bureau als die betreffenden Anstalten tragen, die wohl ein unvollkommenes Zählkartenmaterial einsandten.

Wenn schon dieserhalb die statistischen Veröffentlichungen über die Irrenanstalten in der jetzigen Form an Werth verloren haben, so haben sie auch andererseits keine Verbesserung erfahren, deren sie meines Erachtens in einem Punkt sehr bedürfen, nämlich in der Verrechnungsweise der „nicht Geisteskranken."

Bekanntlich werden in der preussischen Irrenanstaltsstatistik 5 psychische Krankheitsformen aufgeführt: die einfache Seelenstörung, die paralytische Seelenstörung, die Seelenstörung mit Epilepsie, die Imbecillität bezw. Idiotie und das Delirium der Trinker. Eine sechste Rubrik bilden die „nicht Geisteskranken". Sie sind zum grössten Theil — wenigstens in den öffentlichen Irrenanstalten — Untersuchungsgefangene, die auf Gerichtsbeschluss zur Beobachtung und zur Begutachtung ihres Geisteszustandes in die Irrenanstalt geschickt und für geistesgesund befunden wurden. Auf den amtlichen Tabellen sind sie mitgezählt sowohl bei der Frequenz, als auch bei den Geheilten, Gestorbenen u. s. w. Etwa ein Drittel aller „nicht Geisteskranken" wird als geheilt entlassen. Wovon sie geheilt sind, ist aus den Tabellen nicht ersichtlich. Von einer Geistesstörung kann es doch nicht sein, denn sie waren ja gar nicht geisteskrank. Die psychiatrischen Resultate werden demnach durch die Mitzählung der „nicht Geisteskranken" stark verfälscht. Will man reine Resultate haben, so muss



man erst die Zahlen für die „nicht Geisteskranken“ auf den amtlichen Tabellen aussondern und viele Umrechnungen vornehmen. Aber auch dies ist nicht immer möglich, da diese Zahlen nicht überall erkennbar sind. Jedenfalls giebt die Vermischung der Zahlen für die wirklich Irren mit den für die „nicht Geisteskranken“ zu häufigen Irrthümern Veranlassung, wenn man die Tabellen liest oder benutzt, und wohl in Folge davon hat sogar das statistische Bureau selbst Fehler in die eigenen Tabellen hineingebracht.

In der Einleitung zu den Veröffentlichungen befindet sich jedesmal eine umfangreiche tabellarische Zusammenstellung für einzelne Jahre und einige Jahrzehnte über den Ausgang der Geistesstörung bei den einzelnen Krankheitsformen und zwar auf je 100 der verpflegten Personen berechnet. Es werden nur die 5 wirklichen Krankheitsformen aufgeführt, die „nicht Geisteskranken“ sind fortgelassen. Zum Schluss wird unter „Ueberhaupt“ das Gesammtresultat angegeben, bei welchem aber die Zahlen für die „nicht Geisteskranken“ mit eingerechnet sind. Ich will durch ein Beispiel die dadurch entstehenden Unrichtigkeiten illustriren und wähle dazu die Tabelle i auf Seite XVIII und XIX des letzten Berichtes für 1902 und auch nur die einzelne Columne für die Geheilten. Es ist dort der Procentsatz der Geheilten von den verpflegten Personen überhaupt angegeben

für 1881/90	auf 8,52	männl.	5,70	weibl.	7,22	zus.
„ 1891/1900	„ 5,41	„	4,02	„	4,77	„
„ 1898	„ 4,97	„	3,64	„	4,35	„
„ 1899	„ 5,16	„	3,84	„	4,55	„
„ 1900	„ 4,88	„	3,33	„	4.16	„
„ 1901	„ 4,74	„	3,53	„	4,18	„
„ 1902	„ 4,65	„	3,28	„	4,03	„

Wie gesagt sind die Zahlen für die „nicht Geisteskranken“ hier mit eingerechnet, was z. B. die Summen für 1902 ergeben, nämlich:

43482 männl. 36040 weibl. 79522 zus. Verpflegte
und 2021 „ 1183 „ 3204 „ Geheilte
mit Einschluss der „nicht Geisteskranken“.

Eliminirt man nun überall die Zahlen für die „nicht Geisteskranken“, so ergeben sich folgende Prozentsätze

für 1881/90	8,30	männl.	5,62	weibl.	7,05	zus.
„ 1891/1900	5,01	„	3,89	„	4,49	„
„ 1898	4,54	„	3,48	„	4,05	„
„ 1899	4,71	„	3,69	„	4,24	„
„ 1900	4,45	„	3,17	„	3,86	„
„ 1901	4,32	„	3,41	„	3,90	„
„ 1902	4,17	„	3,09	„	3,68	„

Dies wären also die Zahlen, welche auf der amtlichen Tabelle i stehen müssten. Sie sind sämmtlich kleiner als jene, am meisten im letzten Jahre, nämlich um

0,48 männl. 0,18 weibl. 0,35 zus. %.

In diesem Jahr war eben die Zahl der „nicht Geisteskranken“ und der bei denselben angeblich Geheilten ausserordentlich hoch, betrug

579 männl. 239 weibl. 818 Verpflegte und
234 „ 77 „ 311 Geheilte,

was rund 1 Hundertstel von allen Verpflegten und 1 Zehntel von allen Geheilten ausmacht (cf. die vorhin angeführten Ziffern). In den anderen Columnen: bei den als gebessert und ungeheilt Entlassenen, den Gestorbenen und den im Bestande Verbliebenen ergeben sich gleichfalls Differenzen, die aber geringer sind.

Um nun in Zukunft eine grössere Genauigkeit und Uebersichtlichkeit auf den amtlichen Tabellen herbeizuführen, scheint es mir zweckmässig zu sein, die Zahlen für die „nicht Geisteskranken“ gänzlich auszuschalten und dieselben auf besonderen Tabellen zusammenzustellen, denn es kommt doch zunächst auf möglichst einwandsfreie Zahlenergebnisse für die Irren selbst an. Die Tabellen für die „nicht Geisteskranken“ würden sich natürlich in Form und Inhalt wesentlich anders gestalten, könnten z. B. die bisher unberührte, aber sehr wichtige Frage erörtern, aus welchen Veranlassungen die „nicht Geisteskranken“ Insassen der Irrenanstalt geworden sind, ob sie freiwillig oder unfreiwillig hingekommen sind, etwa auf Grund von § 81 der Straf-Process-Ordnung oder einer anderen gesetzlichen Bestimmung. Bei dieser Theilung würde auch mehr als bisher sowohl den psychiatrischen als auch den Verwaltungszwecken gedient sein.

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Fortsetzung.)

Zusammenhänge zwischen Irrenfürsorge und Beschränkung der Handlungsfähigkeit.

Die Gesetzgebungen von England und Schottland lösen die Frage grundsätzlich, diejenigen der französischen Sprache: Belgien[101]), Frankreich[102]), Genf[103]), Neuchâtel[104]), Waadt[105]) erlassen civilrechtliche Bestimmungen über die Vermögensverwaltung und Bestellung eines „Beiraths"[106]) (Curateur, Administrateur provisoire), auch über Gültigkeit von Rechtshandlungen Geistesgestörter. Die andern treffen Einzelbestimmungen, um diese Bestellung herbei zu führen, wenn sie nöthig werden sollte.

Weitere Bestimmungen von Gesetzen sind nicht klassificirbar und am besten als Anomalien zu bezeichnen.

a) England und Schottland. Die Private Patients fallen unter das Gesetz (Staatsaufsicht), wenn sie in ihrer Rechtsfähigkeit beschränkt sind [ausserdem, wenn sie gefährlich (s. o.) oder verwahrlost (s. o.) sind].

Auf diese Personen, „lunatics so found by inquisition"[107]) findet ein anderes Aufnahmeverfahren Anwendung; auch entbehren sie gewisser Specialgarantieen, die dem nicht geisteskrank Erklärten zustehen.

Die Feststellung der Geisteskrankheit geschieht auf Anordnung des Lordkanzlers oder eines Mitglieds der „supreme court of Judicature" („judge in lunacy"). Der „Angeklagte" hat das Recht, die Entscheidung einer Jury von mindestens zwölf Mitgliedern zu verlangen.[108]) Auf Grund persönlicher Untersuchung des präsumirten Kranken kann der Lordkanzler die Aufstellung einer Jury versagen, worauf die „Masters in lunacy" direct vorgehen. Der Process ist derjenige der high court of justice. Der Kranke kann bei den Verhandlungen erscheinen oder einem besonderen Examen unterworfen werden. Entscheid der „masters" und der Jury sind aequivalent. Thatsachen, die über zwei Jahre alt sind, sollen gegen den Untersuchten nicht vorgebracht werden können.

Kraft eigenen Rechtes können neben Verwandten und Freunden die commissioners in lunacy eine solche „inquisition" verlangen, wenn sie diese im Vermögensinteresse einer Person, die ihnen als geisteskrank bekannt ist, erachten.

Der Arzt (medical attendant) eines lunatic so found by inq. hat von fünf zu fünf Jahren an die masters in lunacy einen detaillirten Bericht über dessen Gesundheitszustand einzusenden.

England erlässt eingehende Bestimmungen über das Vermögen eines solchen Geisteskranken[109]), ebenso über dasjenige eines Internirten.

b) Einzelbestimmungen. Im Deutschen Reich haben nach § 595 C. P. O. die Staatsanwälte die Initiative zur Entmündigung. Dem entsprechen die preussische und württembergische Vorschrift der Aufnahmeanzeige, welche von der Anstaltsdirection an den Staatsanwalt zu richten ist. Eine ähnliche Vorschrift gilt für Oesterreich.[110])

In Württemberg speciell sind die Vertreter der Anstalten zur Auskunftsertheilung an Vormundschaftsbehörden und Staatsanwalt verpflichtet. Die Ortsvorsteher haben von vorkommenden Krankheitsfällen auch die Vorm.-Beh. zu benachrichtigen; ebenso die Staatsanwaltschaften bei Straffällen, in welchen Unzurechnungsfähigkeit festgestellt wurde. Die Gemeinderäthe haben bei vorkommender Einweisung in Anstalten (s. o.) als Vormundschaftsbehörden „Prüfung der Sache" eintreten zu lassen.[111])

Württemberg[112]) und Preussen[113]) warnen die Staatsanwaltschaften vor verfrühter Einleitung der Entmündigung. Es sei davon abzusehen, wenn nicht „ein privates oder öffentliches Interesse die Entmündigung gebietet". Seltsam und wohl kaum durch einen Gesetztext zu stützen ist die Anweisung: „Der Staatsanwalt hat Entmündigung zu beantragen, wenn eine seit mehr als 6 Monaten verwahrte Person gerichtliche Entscheidung über ihren geistigen Zustand

[101]) loi, Chap. VII.

[102]) loi, sect. IV, Art. 31—39.

[103]) loi Tit. IV.

[104]) loi, 18, 19.

[105]) loi, sect. V, art. 33, 34.

[106]) Ausdruck von Forel.

[107]) Act. art. 4, art. 90 ff.

[108]) Siehe hierzu Reuss, a. a. O. S. 53, Note 1.

[109]) Act. 50, Act. chap. IV. art. 108—149.

[110]) MV. 1874, §§ 9, 12, 25. Mittheilung an das Vormundschaftsgericht (Ger. der ersten Instanz), spec. Mittheilung über denj. Internirten, der das Mündigkeitsalter erreicht hat (24 Jahre).

[111]) MV. v. 14. April 1896 betr. die Entmündigung von Geisteskr. Reg.-Bl. 1896, S. 75 ff.

[112]) l. c. Abschnitt 3. 3.

[113]) MBek. v. 26. März 1895, Die Thätigkeit der Staatsanwälte im Entmündigungsverf. betr.

beantragt." Ihr entspricht die ebenso seltsame Vorschrift, die sich in den Statuten fast sämmtlicher preuss. Irrenanstalten findet[114]), dass nämlich die Entlassung erfolgen muss, wenn die Entmündigung eines Kranken durch rechtskräftigen Beschluss abgelehnt, oder eine bestehende Entmündigung ebenso aufgehoben worden ist.

Zwischen der Entmündigung eines Individuums, die nach deutschem Recht (B. G. B. § 6) erfolgen kann, wenn dasselbe wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag, und der Bewahrung in einer Irrenanstalt, die auch einer durchaus geschäftstüchtigen, ausserhalb ihres Wahnsystems durchaus verständigen Person gegenüber geboten sein kann, besteht absolut nicht der Zusammenhang, dem diese Vorschrift entsprechen würde.[115])

Hierher gehört auch die Bestimmung für Preuss. Pflegeanstalten, dass der Leiter, wenn er einen volljährigen, nicht entmündigten Geisteskranken nicht auf sein schriftliches Gesuch hin entlassen will, dem für die Stellung des Entmündigungsantrags zuständigen Staatsanwalt davon Mittheilung zu machen hat, unter gleichzeitiger Bekanntgabe der Gründe der Abweisung. Wird ein zweiter Antrag gestellt, ohne dass sich „die Verhältnisse geändert haben"(!), so ist davon keine Mittheilung mehr nöthig. Kritik: dieselbe wie oben.

Für gewisse Pflegeanstalten besteht die Vorschrift, dass sie nur Entmündigte aufzunehmen oder die Entmündigung bald nach der Aufnahme einzuleiten haben.[116])

Auch in Bayern besteht eine ähnliche Vorschrift wie in Preussen. In den revidirten Statuten mehrerer Kreisirrenanstalten heisst es, dass Kranke, welche über drei Monate wider ihren Willen in einer Anstalt verwahrt sind, eine gerichtliche Entscheidung über ihren Geisteszustand verlangen können und hierauf aufmerksam zu machen sind.

Da manche Kranke nicht davon zu überzeugen sind, dass eine solche Entscheidung nur in einem Entmündigungsprocess ergehen kann (mangels einer Specialbehörde für das Irrenwesen und eines Irrenprocesses), so giebt diese Bestimmung nur zu Misshelligkeiten Anlass.[117])

Wenn ein Irrenarzt (auf der zweiten Jahresversammlung d. Ver. bayr. Irrenärzte am 24. Mai 1904 zu Ansbach) bemerkt hat, dass er keine unangenehmen Erfahrungen gemacht habe, da er nur solche Fälle „auswähle", bei denen die Erkrankung vom Gericht nicht angezweifelt werden könne, so ist das psychiatrisch-politisch klug und hübsch, juristisch dagegen nennt man es „in fraudem legis agere".

Es giebt Bestimmungen, nach welchen für Entmündigte erleichterte Aufnahmsbedingungen gelten.[118]) Dies ist aus demselben Grunde anfechtbar, aus dem die oben erwähnte preuss. Verordnung angefochten wurde. Der Kranke wird dem Wohlwollen seines Vormunds anheimgegeben.

Wenn dagegen in England ein „lunat. so f. by inq." auf Vorweisung eines Aufnahmebegehrens seines Curators (committee) (mit gleichzeitiger Vorlegung einer legalisirten Abschrift der Bestallungsurkunde desselben) in jede Anstalt aufgenommen werden kann, so ist dagegen nicht viel einzuwenden. Einerseits besteht eine genügende Controlle durch die visitors, anderseits ist die Procedur „de lunatico inquirendo" so complicirt, dass ein Mensch, der durch sie als geisteskrank erfunden worden ist, wohl kaum geistesgesund sein kann! Es besteht vielmehr die Gefahr, dass er unheilbar geworden sei. (Schluss folgt.)

[114]) Reg. 31b., Berlin. § 15b, nicht bei Owinsk dagegen MV. 1901, § 10, 3.

[115]) Vgl. darüber z. B. die klaren Auseinandersetzungen von Dr. Ernst Schultze bei A. Hoche, Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie, Berlin, Hirschwald 1901, S. 248 ff.

[116]) Schultze, a. a. O. S. 249.

[117]) Psychiatr.-Neurol. Wochenschr. 1904, S. 129.

[118]) Z. B. Preussen, MV. 1901, § 3.

Mittheilungen.

— **Verein Bayerischer Psychiater.** Zur Jahresversammlung am 13. und 14. Juni cr. ist ferner noch angemeldet:

Vortrag des Herrn Privatdocenten Dr. Specht-Tübingen: „Einige Bemerkungen zur Lehre von der Traumatischen Neurose."

— **Sir Johann Sibbald, geb. 1833, gest. 20. April 1905.** In Sibbald's Heimgang hat nicht blos Schottland, nicht blos die Wissenschaft einen schweren Verlust erlitten, sondern auch die deutsche Psychiatrie einen Verehrer zu beklagen. Ein Freund Griesingers, hat er dessen Ideen zu verwirklichen gesucht, sich bemüht in Edinburg besondere Abtheilungen für die Behandlung acuter und transitorischer Geistesstörungen zu schaffen, die gesetzlichen und künstlichen Schranken zwischen körperlichen und geistigen Erkrankungen aufzuheben und den letzteren eine freie Behandlung zu verschaffen. Seine Arbeiten: „Insanity



in its public aspect", „Plans of modern Asylums", „Statistics of suicide in Scotland" und zahlreiche Beiträge im Journ. of Ment. Science zeugen von seinem bewunderungswürdigen Fleisse, seiner Gewissenhaftigkeit und Gründlichkeit und seinem Scharfsinn. Die familiale Unterbringung der Irren wurde in Schottland unter Benutzung seiner Erfahrungen in Gheel in grossem Umfange durchgeführt und auf Grund seiner Besuche, z. B. in Alt-Scherbitz, erweitert. Seine Collegen fassten seine Thätigkeit dahin zusammen: „Sein gesundes Urtheil, lebhaftes Interesse und schnelle Auffassung alles Neuen . . . haben im Irrenwesen Schottlands bleibende wohlthätige Aenderungen zur Folge gehabt." Das Ideal eines altschottischen Gentlemans, ein treuer Freund, von wohlthuendem Humor in seinem persönlichen Umgange, ist es für seine zahlreiche Familie und für den überaus grossen Kreis, der ihm persönlich mit Verehrung anhing, ein Trost, dass er — wie ein intimer Freund von ihm bemerkte — „in der Art seines Fortganges die grösste Lehre seines langen und nützlichen Lebens gab."

H. Kornfeld.

— Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

8. Priv.-Doc. H. Vogt-Langenhagen: „Ueber Studium hochdifferenzirter Missbildungen des Centralnervensystems."

Das Studium der hochdifferenzirten Missbildungen bildet den Inhalt einer besonderen Forschungsrichtung der teratologischen Hirnforschungsmethode (v. Monakow), deren Zweck es ist, nicht allein eine Erkenntniss der anatomischen Form dieser Objekte zu erreichen, sondern vielmehr diese nutzbar zu machen für die Entwicklungsgeschichte des Gehirns überhaupt. Einerseits kann eine genetische Betrachtungsweise dieser Anomalien, da es sich ja um Resultate einer gestörten Entwicklung handelt, als die anspruchloseste gelten, die nicht allein die mannigfachen z. Th. jeder Analogie entbehrenden anatomischen Merkwürdigkeiten uns erschliessen hilft, sondern es wird auch eine der Aufgaben dabei in Angriff genommen, die sich uns bieten bei der Frage nach der Anatomie des Centralnervensystems idiotischer Individuen.

Die Entwicklung jedes Organs zerfällt in zwei Abschnitte, von denen der erste, die formative Phase, die Anlage der prinzipalen Organtheile (beim Gehirn der fünf Hirnbläschen) darstellt. Auf dieser bauen sich die Vorgänge der zweiten, organogenetischen Phase, auf, während welcher der innere Ausbau, die Herstellung der specifischen Struktur erfolgt. Beim Gehirn besteht die Leistung der organogenetischen Entwicklungsphase in dem Ausbau der Architektonik. Die Schwierigkeit der Betrachtung besteht in der zeitlichen Coincidenz, in der alle Hirntheile sich architektonisch ausgestalten, sodass eine Möglichkeit der histologischen Unterscheidung der einzelnen Elemente, ebenso wie eine genaue Abgrenzung der einzelnen Verbandstheile nicht besteht. Damit fallen für diejenigen Untersuchungsmethoden, die für die formative Phase so erschöpfendes leisten, die Angriffspunkte weg. Wie würde dennoch ein Einblick sich ermöglichen? Offenbar dadurch, dass es gelänge, einen Theil, losgelöst von dem Zusammenhang mit den übrigen, isolirt für sich zu betrachten. Die Erfüllung eben dieser Bedingungen haben wir in den höher differenzirten Missbildungen vor uns.

Wenn die Leistung der organogenetischen Phase in der Herstellung der Architektonik liegt, so muss eine Störung in dieser Entwicklungszeit nothwendig eine Durchbrechung der Architektonik mit sich bringen. In der That ist dies der Fall. Diese Störungen der Architektonik, die bei den höheren Missbildungen niemals fehlen, bestehen

1. in den sog. „Heterotopien" der grauen Substanz,
2. in Anomalien der Markbildung (Fensterblumenfiguren, aberrierte Bündel etc.),
3. in der unfertigen Innenstruktur der grauen Verbände.

An den Heterotopien sind wir im Stande, die Entwicklung der grauen Verbände zu studiren. Die bisher bekannten Formen (Untersuchungen besonders der Züricher Schule, dann von Anton, Probst etc.) bilden eine genetische Reihe parallel den Entwicklungsstadien der grauen Verbände. Es lassen sich dementsprechend verschiedene Formen von Heterotopien in einer zusammenhängenden Kette normiren, die von der ersten Anlage grauer Verbandstheile (einzelne versprengte Ganglienzellen) hinüber leiten zu den fertigen Formen derselben (verlagerte Rindencomplexe). Besonders interessant sind die Heterotopien der Kleinhirnrinde. Hier zeigt sich, dass die Purkinje'schen Zellen stets dieselben Lagebeziehungen an der Grenze der granulirten und der Körnerschicht (also wie in der normalen Rinde) bewahren. Anderseits zeigt die bisher dreimal beobachtete Heterotopie der Olive (Marchand, Meine, v. Monakow) stets dieselben topographischen Lagebeziehungen innerhalb der Medulla oblongata. Diese Gesetzmässigkeiten, die sich in verschiedenartigen Fällen prinzipiell wiederholen, zeigen, dass nicht Willkür, sondern ein bestimmter Modus auch die pathologische Entwicklung beherrscht.

Diese Gesetzmässigkeiten am normalen Objekt zu studiren, ist unmöglich, weil hier die Genese des einzelnen Theils verdeckt wird im Gleichschritt der Gesammtentwicklung. Deshalb ging Roux, um die Wirkungsweise der Einzelfaktoren zu erkunden, auf die Isolirung in der Entfaltung der Kräfte aus, und er that es, indem er Missbildungen erzeugte, durch das Experiment. Die Entwicklung der im Zweizellenstadium des Froscheis isolirten einen Eihälfte zeigt, inwieweit Selbständigkeit und Abhängigkeit der Entwicklung die Genese derselben beherrscht. Diese Grundfaktoren werden auch in der Hirnentwicklung offenbar. Dieselben Wirkungsthätigkeiten, welche die Genese der ersten Anlage beherrschen, kehren wieder in der Entwicklung des hochcomplicirten Organs (Roux). So wird von der experimentellen zur menschlichen Teratologie die willkommene Brücke geschlagen. (v. Monakow.)

Die Selbständigkeit der Entwicklung im Gehirn, die Selbstdifferenzirung zeigt sich z. B. an den Sinnesorganen, wo bei völligem Hirnmangel doch die specifischen Theile entstehen. (Ohr - Veraguth, Auge-Petrén, Leonowa, Olfaktorius - v. Muralt.) Bei Anencephalie fand Veraguth die sensiblen Kopfganglien differenzirt. Die Spinalganglien entwickeln sich selbstständig bei Spina bifida (erste Beobachtung dieser Art v. Monakow), u. s. w. Die Kraft der Selbstdifferenzirung geht soweit, dass eher ganz paradoxe Faserverbindungen geschaffen werden, als dass die ganze Anlage zu Grunde geht. (Fall Nägeli.) Die Architektonik ist ebenso wie die Myelinisation unabhängig von der Frage, ob auf dem geschaffenen Boden eine Funktion möglich ist.

Die Abhängigkeit der Differenzirung bezieht sich darauf, dass im Laufe der Entwicklung bestimmte Hirntheile berufen sind, successive in die Gestaltung anderer einzugreifen. Der Thalamus legt sich auch bei völligem Mangel des Hirnmantels in rudimentärer Weise an, eine Differenzirung seiner Kerne tritt aber nur bei normaler Grosshirnentwicklung ein.

Selbstverständlich kann nur eine kritische Betrachtung der Missbildungen und ihres anatomischen Befundes zu einer Verwerthung für die Gesetze der normalen Entwicklung führen. Eine Analyse der Erscheinungen der Missbildung ist daher Vorbedingung. Der Grundzug des Wesens der Missbildung ist die Fixation einer bestimmten Entwicklungsphase. Es liegt im Wesen des Keimgewebes begründet, dass diese Phase in der Folgezeit allerlei Modifikationen erleiden kann. Pathologische Processe, die der Missbildung zu Grunde liegen, oder die eine secundäre Erkrankung darstellen, können das Bild verwischen.

Die teratologische Hirnforschung ist eine Methode für sich zur Erforschung der Evolution des Gehirns.

9. Dr. H. Engelken jun., Alt-Scherbitz: Psychiatrisches aus England und Schottland.

Die Irrengesetze in England und Schottland stellen ausführliche Specialgesetze dar, welche die Materie bis ins einzelne regeln. In beiden Ländern centrale Aufsichtsbehörden, dem Parlamente gegenüber für genaue Ausführung der Gesetze verantwortlich. Sie besitzen grosse Befugnisse über alle Dinge, die mit dem Irrenwesen überhaupt zusammenhängen und stellen auch für die Kranken einen mächtigen Schutz dar (z. B. strafrechtliche Verfolgung von Personen, die ihre geisteskranken Angehörigen misshandeln). Sie sind die Disciplinarbehörde für die Angestellten im Irrenwesen, welche nicht in unserem Sinne Beamte sind. Das Aufnahmeverfahren ist äusserst verklausulirt und hat zur Folge, dass die ihm unterworfenen Personen gerichtlich für geisteskrank erklärt werden.

Jeder Kranke hat das Recht, vom Richter vernommen zu werden, welchem auf Grund von 2 unabhängigen ärztlichen Gutachten die Entscheidung über die Anstaltspflegebedürftigkeit zusteht.

Die öffentlichen Anstalten werden von den Grafschaften oder Districten erbaut, und verrechnen die gesammten Unterhaltungskosten der Kranken gegen die Armenbehörden, welche nur soweit die Gelder wieder einziehen dürfen, als dieselben nicht zum Unterhalt der Familie des Kranken erforderlich sind. Besonders hervorzuheben sind die Registered Hospitals, Privat-Anstalten, deren sämmtliche Ueberschüsse wieder für die Anstalt verwendet werden müssen, als eine sehr gut arbeitende Versorgung der selbstzahlenden Kranken mit beschränkten Mitteln.

Die Familienpflege in Schottland versorgt z. Zt. ca. 3000 Patienten und erzielt eine jährliche Ersparniss von ca. 280000 Mark.

Die Pfleglinge werden von allem Anstaltsmässigen losgelöst, stehen direct unter Aufsicht der Commissioners und werden ausserdem vom Arzte ihres Ortes vierteljährlich besucht. Ihre Unterbringung ist Sache der Armenbehörden unter Aufsicht der Commissioners.

Im Bau der grossen öffentlichen Anstalten geht man in Schottland jetzt systematisch zum Villensystem über, während man in England an der Erbauung grosser durch Corridore verbundener Pavillon-Complexe festhält. Eigentliche Offen-Thür-Behandlung giebt es in Schottland wenig, in England fast gar nicht.

Ein besonderer Fortschritt in Schottland wird durch systematische Verwendung von weiblichem Pflegepersonal auf Männerabtheilungen erzielt, welches sich seit Jahren sehr gut bewährt. Contraindicationen sind zu grosse Erregung und sexuelle Reizbarkeit. Vorbedingungen sind Hebung des Personals überhaupt, Ausbildung, zweckmässige bauliche und dienstliche Einrichtungen. Die ausführliche Arbeit von Dr. Robertson, Larbert, Journal of Mental Science April 1902, enthält alles Nothwendige, ist aber im Original nachzulesen, da das Referat darüber von Ganter ein falsches Bild giebt.

Einige Projectionsbilder nach eigenen Aufnahmen des Vortragenden suchen eine Anschauung einzelner Anstalten und Einrichtungen zu vermitteln.

Eigenbericht.

10. Vorlage eines Bogens für Feststellung der Erblichkeit. (Anstelle des am Erscheinen verhinderten Hofraths Schüle sprechen zur Begründung Dr. Thoma und Prof. Mendel.

Dr. Thoma-Illenau führt aus, wie erwünscht eine Gemeinsamkeit der Erblichkeitserforschung unter möglichst einheitlichen Gesichtspunkten sei. Er hebt hervor, wie aus mancherlei Gründen die Ahnentafel an Stelle des gewöhnlich aufgestellten Stammbaumes vorzuziehen sei, und zwar in graphischer Darstellung, in der die verschiedenen Erblichkeitsmomente durch conventionelle farbige Zeichen eingetragen würden.

Prof. Mendel-Berlin greift auf die Ausführungen des Hofraths Schüle auf der vorjährigen Versammlung in Göttingen zurück. Speciell interessiren zwei Fragen: welche Gefahren läuft ein geisteskrank gewesenes Individuum in der Ehe? und zweitens: Welche Gefahren läuft die Descendenz einer solchen Ehe? Die Entscheidung ist schwieriger als man für gewöhnlich denkt; das statistische Material auf diesem Gebiete ist noch nicht gross und soweit vorhanden, widersprechen sich die einzelnen Statistiken z. T. erheblich (erbliche Belastung bei Geisteskranken zwischen 9% und 76% gefunden, beträchtliche Heredität auch bei Gesunden etc.). Deshalb sind neue Aufnahmen er-



forderlich und zwar nach einheitlichen Gesichtspunkten, für die der Schüle'sche Fragebogen die Grundlage bieten soll. Die Schwierigkeiten wegen der Verschiedenheit der klinischen Eintheilung sind wohl zu erwähnen, erscheinen aber nicht unüberwindlich. Wünschenswerth ist jedenfalls, dass die Versammlung ihr principielles Einverständniss zu dem Entwurfe giebt.

Discussion:

Dr. Alzheimer: Die Ueberlastung mit Fragebogen in Anstalten ist schon jetzt keine geringe und die Art und Weise der Ausfüllung lässt manchmal an Exactheit zu wünschen übrig. Er hegt Bedenken gegen die vorgeschlagene Form der Sammelforschung und glaubt, dass mit einer qualitativ recht genauen Durchforschung eines kleineren Materials zur Klärung der Frage mehr beigetragen werden kann als durch Anhäufung grosser Zahlen.

Geh. Med.-Rath Moeli klärt Dr. Alzheimer dahin auf, dass es sich um keine neue Verpflichtung für die Anstaltsärzte handelt, sondern nur um Beschaffung einer einheitlichen Grundlage für diejenigen, die sich an der Forschung betheiligen wollen.

Prof. Mendel: Irgendwelche weitere Maassnahmen zu beraten war von vornherein durch die Erklärung des Herrn Vorsitzenden ausgeschlossen, auch von den Referenten nicht beabsichtigt. Wenn Herr Alzheimer nicht bestreiten kann, dass eine derartige Statistik zweckmässig und nothwendig sei, dürfen technische Gründe vor der Ausführung nicht abhalten.

(Fortsetzung folgt.)

— **Neuronal** und seine hypnotische und sedative Wirkung bei Geisteskranken ist der Gegenstand einer sehr umfangreichen Dissertation von M. Artarit in Paris. Auf die Mittheilung der zahlreichen Thierexperimente folgen 51 klinische Beobachtungen, jede für sich sehr eingehend dargestellt. Der Verfasser kommt zu folgenden Resultaten:

1. Bei einer Dosis von 1 bis 2 gr besitzt Neuronal eine ausgesprochene hypnotische Wirkung; besonders deutlich ist sie bei der einfachen Schlaflosigkeit, bei derjenigen manischer Zustände, aus psychischer oder psychosensorieller Ursache, infolge Schmerzen oder automatischer Unruhe.

2. Cumulativerscheinungen treten nicht auf; es kann wochenlang täglich gegeben werden, ohne üble Nebenwirkungen hervorzurufen. Gewöhnung findet nur in geringem Grade statt; das Aussetzen ist mit keiner Störung verbunden. Die Wirkung dauert einige Tage nach.

3. Es schmeckt ziemlich unangenehm, jedoch kann dies durch eine Essenz (Citrone, Orangenschalen) verdeckt werden.

4. Neuronal kann als Heilmittel gegen epileptische Anfälle nicht in Betracht kommen, im Gegensatz zu der Annahme deutscher Autoren.

5. Die physiologischen Experimente ergeben, dass Neuronal auf Athmung und Blutkreislauf keinen schädlichen Einfluss ausübt; es scheint in toxischen Dosen Lähmung der gestreiften und glatten Muskeln (Obstipation etc.) herbeizuführen. Das in ihm enthaltene Brom geht schnell in den Urin über und ruft keinen Hautausschlag hervor. Der Uebergang des Medicaments in die Blutbahn bewirkt keine Aenderung bezüglich des Gehalts des Blutes an Blutkörperchen noch in der Configuration der letzteren.

Referate.

— Fahnenflucht und unerlaubte Entfernung. Eine psychologische, psychiatrische und militärische Studie. Von Dr. Ewald Stier, Oberarzt des 2. Garde-Regt. z. F. Verlag v. Carl Marhold, Halle a. S. Preis 3,— M.

In den Jahren 1901 (1902) 1903 wurden in der gesammten deutschen Armee 728 (734) 701 Militärpersonen wegen Fahnenflucht und 825 (849) 1026 wegen unerlaubter Entfernung gerichtlich bestraft. Ausserdem entkamen und wurden laut Beweisbeschluss für fahnenflüchtig erklärt: 698 (628) 496. Bei einer Kopfstärke (K) von 528489 Mann beträgt die Zahl dieser Fortläufer zusammen 4,3 (4,2) 4,2 ‰ K. Nicht mitgezählt sind hierbei die zahlreichen Fälle von unerlaubter Entfernung, die nur disciplinarisch bestraft worden sind. An allen diesen Entweichungen ist die Kavallerie in besonders hohem Maasse betheiligt; dasselbe gilt von den mehrjährig Freiwilligen. Alkoholmissbrauch und allgemeine Wehrpflicht erhöhen die Zahl der Entweichungen. Mehr Neigung zum Fortlaufen haben die eben Eingetretenen und die abnorm jungen Soldaten. Innerhalb Deutschlands nimmt die Zahl der Entweichungen von Osten nach Westen erheblich zu, um den Höhepunkt in den westlichen (abgesehen vom XV.) und den südwestlichen Armeecorps zu erreichen; nicht die zum Entkommen günstige Nähe Frankreichs oder der Schweiz, sondern die Verschiedenheit des Characters und Temperaments der Volksstämme macht Verfasser hierfür verantwortlich.

Unter den speciell militärischen Vergehen bilden die Fahnenflucht und die unerlaubte Entfernung aus dem Heere die grösste Gruppe. Fast immer ist der Beweggrund der Entweichung in einem vorübergehenden Affectzustand zu suchen, am stärksten wirken sexuelles Verlangen und Heimweh. Seltener sind „echte Geisteskrankheit" und ein vorübergehender Zustand völliger Bewusstlosigkeit die Ursache des Fortlaufens. Dagegen findet sich nicht selten allgemeiner Schwachsinn mit besonderen Defecten auf sittlichem Gebiet. Oft steht die That unter der Wirkung des Alkohols. Allgemeine psychopathische Constitution, schwere erbliche Belastung, Neurasthenie, Hysterie und nervöse Symptome werden bei den in Rede stehenden Delinquenten häufig beobachtet.

Verfasser ist der Meinung, dass die militärärztliche Beurtheilung des geistigen Zustandes und der Dienstbrauchbarkeit in der Regel durch Erhebung sorgfältiger Anamnese und Beobachtung in einem Garnisonlazareth möglich sei. In besonders schwierigen Fällen, schreibt er auf Seite 66, ist zur Feststellung, ob krankhafte Zustände die Ursache des Entweichens sind, die Ueberweisung in eine Irrenanstalt „nicht immer zu vermeiden". Referent ist im Gegensatz hierzu davon



überzeugt, dass es dringend zu empfehlen ist, in allen irgend schwierigen Fällen, z. B. auch bei Simulationsverdacht, von § 217 der Militärstrafgerichtsordnung Gebrauch zu machen, indem man den Angeklagten zur Vorbereitung eines Gutachtens über seinen Geisteszustand in eine öffentliche Irrenanstalt bringt und dort beobachten lässt.

Rasch der That folgende, nicht harte und nicht entehrende Disciplinarstrafen sollen bei unerlaubter Entfernung vom Compagniechef verhängt werden, auch wenn die Abwesenheit länger als 7 Tage dauert. Wirkliche Fahnenflucht, die von ehrloser Gesinnung zeugt, soll mit Ueberweisung an eine Arbeiterabtheilung und im Rückfall mit Enfernung aus dem Heere und Zuchthaus geahndet werden; die Strafe kann milder sein, wenn der Fahnenflüchtige freiwillig zurückkehrt. Für in geringerem Grade verantwortliche Militärpersonen wird, wie St. vorschlägt, eine zweckentsprechende Bestrafung am sichersten dadurch erreicht, dass für alle Strafthaten nur eine obere Strafgrenze festgelegt wird und alle jetzt bestehenden unteren Grenzen des Strafmaasses in Fortfall kommen.

Wir sehen, nicht nur statistische, psychologische und psychiatrische, auch criminalrechtliche Fragen behandelt der Verfasser in seiner zum Studium angelegentlichst zu empfehlenden Arbeit, welche viel Neues bringt und mancherlei Anregung bietet. Es sei erwähnt, dass nicht nur die Verhältnisse der Armee, sondern auch die der Marine gebührend berücksichtigt werden. G. Ilberg.

— Hamilton: Report of a case of erythromelalgia with the post-morten findings. Journ. of Nerv. a Ment. Disease. Vol. XXXI. 1904. S. 217.

Ein 39jähriger, vorher gesunder Mann bekam ein Gefühl von Prickeln und Schmerz im linken Zeigefinger, kurz darauf Schmerzen in der rechten grossen Zehe, die geröthet war. Diese Erscheinungen dehnten sich auch auf die anderen Zehen aus und ergriffen schliesslich auch Sohle und Hacken. Auch der linke Fuss wurde befallen. Später ging die Röthung auch auf die Unterschenkel über, erstreckte sich aber nur einmal über die Knie hinaus auf die Innenseite der Oberschenkel. Die rechte Mittelzehe wurde nekrotisch und musste amputirt werden. Schliesslich traten Oedeme auf, Bewusstlosigkeit und Convulsionen; Tod. Bemerkenswerth ist, dass Wärme die Schmerzen linderte, während sonst das Gegentheil beobachtet wurde. Die Section ergab eine Hypertrophie und Dilatation des linken Ventrikels, Nephritis und Bronchopneumonie. Weiter fand sich eine ausgesprochene Erkrankung der Arterien, die in Verdickung der Media und Intima bestand, so dass das Lumen oft sehr verengt, oft auch durch Thrombose verschlossen war. Verf. führt die Erythromelalgie auf diesen Befund zurück. Schütte-Osnabrück.

— Reissner: Die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten und der Schutz der persönlichen Freiheit. (Mit einem Vorwort von Geh.-Rath Eulenburg.) Berlin und Wien 1905. Urban & Schwarzenberg.

Nach Verf. (einem Juristen) ist die Freiheitsberaubung „angeblicher Geisteskranker“ heutzutage leicht (!?). Neue gesetzliche Vorschriften über die Zwangsunterbringung in Irrenanstalten seien nöthig. Verf. schlägt die Einsetzung einer „Internirungskommission“, bestehend aus Amtsrichter, Gerichtsarzt und drei Laien als Schöffen, vor. Wie im Strafprocess soll es zu einem Vorverfahren, einem Hauptverfahren mit Zeugenvernehmungen, Vernehmungen des „Imploraten“ etc. kommen. Vier Stimmen des Collegiums sind dann zum Beschluss auf Unterbringung eines Kranken in eine Irrenanstalt nöthig. Bei der Nothwendigkeit eines sofortigen Schutzes wird der Polizei eine 24stündige Verwahrung zu verstatten sein.

Verf. sieht eben in der Irrenanstalt kein Krankenhaus, sondern ein Polizeigewahrsam. Dieser Standpunkt verräth sich schon im Tone der Brochure, so wenn u. A. von der „Rettung vom Tollhause“ gesprochen wird. Verf. ist offenbar schlecht unterrichtet über die therapeutischen Bedürfnisse, die bei Ausbruch einer acuten Psychose in eindringlicher Weise sich geltend machen. Die Hinaustragung seiner Constructionen in die Oeffentlichkeit kann nicht aufklärend, sondern nur beunruhigend wirken.

Die Anerkennung, die Eulenburg den Auffassungen R.'s zollt, wird von den meisten Irrenärzten nicht getheilt werden.

Horstmann-Treptow a. Rega.

— Barry: Intracranial psammo-sarcoma without paralysis. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1904. S. 787.

Eine Frau, die in ihrem 50. Lebensjahre ein Kopftrauma erlitten hatte, bekam 5 Jahre später heftige Kopfschmerzen, Gesichts- und Gehörshallucinationen und verblödete. Lähmungen fehlten. Tod an Pneumonie. An der Innenseite des Stirnbeins eine umschriebene Knochenverdickung, die mit der Dura verwachsen war. Von hier aus ging ein apfelgrosser Tumor in die rechte Hemisphäre, der sich microscopisch als Psammo-Sarcom erwies. Verf. glaubt sicher, dass der Tumor durch das Trauma hervorgerufen ist und zwar durch den Druck des Knochenwulstes. Schütte-Osnabrück.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 11. 10. Juni. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Das Pariser Gutachten über die Prinzessin Luise von Koburg.

Das Gutachten, welches die französischen Irrenärzte Dr. Magnan und Dr. Dubuisson über die Prinzessin Luise von Koburg auf Grund halbjähriger Beobachtung erstattet haben, ist nunmehr bekannt geworden. So verlockend es für einen Fachmann erscheint, das Resultat dieses Gutachtens mit dem der deutschen Irrenärzte zu vergleichen und sich für das eine oder das andere zu entscheiden, so überlassen wir das doch besser den Stellen, welche die Aufgabe haben, aus dem Gutachten die praktischen Consequenzen zu ziehen.

Schon deshalb verbietet es sich, den Inhalt beider Gutachten gegenüberzustellen, weil zwischen ihnen der Zeitraum von ca. 18 Monaten liegt; in dieser Frist können sich wesentliche psychische Aenderungen an der zu beobachtenden Person vollzogen haben.

Ist es nicht zu leugnen, dass auf dem Gebiet zwischen normalem und abnormem Fühlen, Denken und Wollen das Naturell der Beobachter und Beurtheiler bei den feineren Grenzregulirungen mitwirkt, so wird der nationale Unterschied im Temperament und Empfinden bei der Auffassung und Bewerthung einer Persönlichkeit noch weniger unterschätzt werden dürfen.*) — Immerhin mögen einige Bemerkungen formaler Art gestattet sein.

Wenn die französischen Gutachter in der Einleitung zu ihrem Gutachten erklären, dass sie keine Thatsachen zu beurtheilen hatten, die sich ihrer Beobachtung entzogen, und es ihnen nicht zukam, die Vergangenheit zu beurtheilen, da sie nur mit der Begutachtung des gegenwärtigen Zustandes betraut waren, so verfuhren sie gegen die Regel, das Individuum als Ganzes, daher auch seine Vergangenheit zu analysiren, eine Regel, deren Beachtung zum Verständniss des jeweils gegenwärtigen Zustandes durchaus nöthig ist, und es war vorauszusehen, dass sie im Laufe des Gutachtens mit ihrer Absicht in Widerspruch treten würden. Und in der That, wenn sie den Fall psychologisch erklären und die bekannte, um Jahre zurückliegende Handlungsweise der Prinzessin als Verfehlungen, als moralische Verirrungen ansehen, so haben sie eben ihrer Beurtheilung Dinge unterzogen, die ihrer eigenen Beobachtung nicht mehr zugänglich waren. Unbeschadet der Zustimmung zu der Ansicht der französischen Gutachter, dass ein sehr merklicher Fortschritt zwischen dem früheren Zustand und dem jetzigen wahrzunehmen sei, liegt doch eben der fundamentale Unterschied darin, dass es nach der Auffassung der französischen Aerzte die Besserung von moralischer Verirrung ist, nach deutscher Auffassung sich aber um eine Besserung von krankhafter Geistesschwäche handeln könnte.

Es geht in der That durch das französische Gutachten ein anderer Zug als durch das deutsche. Das französische ist mehr psychologisch; es betrachtet das Verhalten der Prinzessin als die Folge theils der widrigen Lebenslage, theils von „simples nuances", aber nicht von krankhafter Geistesschwäche, wie die deutschen Aerzte es thaten. Daher findet es bezüglich des Urtheils (jugement):

> „quelque disposition à une crédule confiance, émanant, d'ailleurs, d'un fond de très grande bonté. Et c'est par là que la volonté a pu autrefois se laisser plus ou moins dominer, en même temps que le jugement a pu se laisser plus ou moins surprendre. C'est en matière d'intérêts que cette défectuosité s'est surtout traduite."

Das französische Gutachten sieht in den angefochtenen Handlungen der Prinzessin das, was sie

*) Die Wiener Zeitung „Die Zeit" vom 27. V. 05 bemerkt zu dem Gutachten: „Sie (d. h. die Aussteller des letzteren) befleissigen sich in gewissem Maasse der französischen Nationaltugend, der Galanterie. . . ."

selbst jetzt davon denkt, nämlich Verfehlungen, zu denen sie sich durch die Schwierigkeiten ihrer Lage drängen liess.

„Le malheur m'a instruite! J'ai acquis de l'expérience à mes dépens. Qu'on me juge sur ma conduite actuelle"

— hat die Prinzessin den französischen Gutachtern betheuernd versichert.

Das deutsche Gutachten (siehe den Abdruck im vorigen Jahrgang Nr. 27—29) bewahrt, die langjährige Entwicklung und die Periodicität der Erscheinungen sowie ihren pathologischen Boden im Auge haltend, den medicinischen Standpunkt.

Interessant ist die Ansicht der französischen Sachverständigen über das Verhältniss der Prinzessin zu Mattasich:

„Découvrons-nous davantage quelque caractère morbide dans la sphère des facultés morales et affectives? Ici une remarque est à faire. Sous peine de tout confondre, il faut se garder d'introduire dans la symptomatologie des désordres cérébraux, ce qui ne se distingue pas des ordinaires mobiles passionnels. Le médecin a son domaine comme le moraliste a le sien. Le premier prend note des anomalies du développement intellectuel ou des déviations de l'activité cérébrale, et s'il enregistre aussi les lésions des facultés morales, c'est qu'il y saisit une association symptomatique entre elles et les signes intellectuels et physiques d'une maladie mentale déterminée. C'est par ceux-ci, en effet, que se dévoile surtout le trouble moral.

Le second mesure la force des passions en présence de l'humaine faiblesse. Il en suit l'intensité et les conséquences sur la conduite de l'individu sans qu'il ait à mettre en cause la folie.

Cliniquement, et dans l'espèce, la question se pose donc ainsi: L'examen permet-il de constater chez S. A. R. une alteration des facultés morales et affectives en rapport avec une forme quelconque de maladie mentale? C'est le moment de rappeler que S. A. R., soit qu'elle nous ait parlé des membres de sa famille, soit quelle ait évoqué le souvenir d'événements susceptibles d'éveiller sa sensibilité, a toujours montré une émotion véritable et du meilleur aloi.

Dans bien des circonstances, au cours de longs entretiens où elle s'épanchait librement, sans réticences, elle a su exprimer ses idées, traduire ses sentiments en des termes trop dignes et trop élevés pour qu'on puisse s'attendre à les trouver dans la bouche d'une personne qui serait à la fois faible d'esprit et dépourvue de sens moral. Il n'apparaît donc point, à l'heure présente, que Son Altesse Royale soit privée de sa liberté morale. Elle a toujours parlé en personne maîtresse d'elle-même, prête à exposer, avec les motifs de sa conduite, les raisons de ses préférences, capable en un mot d'orienter sa vie.

Quel que soit le jugement qu'on porte sur telle ou telle de ses résolutions, sur les choix qu'elle entend faire, on doit reconnaître qu'elle se montre toujours en état de fournir, au point de vue où elle se place, des arguments en faveur de son option. En tout cee qu'elle veut, Son Altesse Royale emprunte les motifs de ses déterminations, non au délire qui égare l'esprit, mais aux sentiments ordinaires, aux passions habituelles de l'humanité.

Il ne s'agit pas pour les experts de spécifier en quoi Son Altesse Royale peut avoir tort ou raison, mais bien de préciser si sa conduite s'inspire de quelque conception délirante ou ne s'explique pas par un état d'inconscience.

Dans le développement de ses sympathies comme de ses antipathies, il y a naturellement à faire la part de cette sensibilité féminine qui donne à ses sentiments bienveillants ou hostiles leur relief si spécial et leur énergie si particulière. Pourtant, si déclarée que soit son antipathie à l'égard du prince son mari, elle ne va pas jusqu'à l'entraîner à des propos choquants ou déplacés. C'est ainsi que, parlant un jour du duel qui aurait pu la faire veuve et libre par conséquent, elle eut cette remarque à propos de l'aléa de la rencontre: „Malgré mon aversion pour le prince, j'aurais été accablée de douleur s'il avait été tué par son adversaire. Ma liberté ainsi reconquise m'eût été odieuse!" Ce n'est certes pas là le langage d'une personne amorale ou profondément déchue.

Die in diesen Abschnitten des französischen Gutachtens zum Vorschein kommende Peinlichkeit bei der Abgrenzung des psychiatrischen Gebiets von dem des Moralisten würde in der deutschen Psychiatrie, die an der Gestaltung der exacten Psychologie so grossen Antheil hat, wenig Anklang finden; aber auch die französische Psychiatrie hat keinen Anlass zu solcher Bescheidenheit. Doch abgesehen davon —, die französischen Gutachter setzen sich auch hier in Widerspruch mit sich selbst, da sie an der weiter oben citierten Stelle des Gutachtens die „crédule confiance" als „émanant d'ailleurs, d'un fond de très grande bonté" glauben betrachten zu sollen und damit selber das charakterologische Feld betreten, anstatt sich auf den Nachweis des Fehlens krankhafter Momente, auf den Beweis der Gesundheit per exclusionem, zu beschränken.

Nachdem die Gutachter betont, dass die Prinzessin selbst einen wesentlichen Unterschied zwischen ihrem gegenwärtigen moralischen Zustand und demjenigen vor einigen Jahren festgestellt und sich damit einer nicht zu unterschätzenden Selbstkritik fähig erweise: dass in Wirklichkeit ein sehr fühlbarer Fortschritt

zwischen dem Zustand ihrer moralischen Verwirrung und ihrer gegenwärtigen Lage wahrzunehmen sei, lautet der Schluss des Gutachtens:

„Il est de toute évidence que l'état mental actuel de Son Altesse Royale ne saurait justifier sa réintégration dans une maison de santé. Ce point est hors de toute discussion. Mais, sans aller jusqu'a une pareille extrémité, sans priver Son Altesse Royale de sa liberté et en lui permettant de disposer de sa personne en toute indépendance, ne conviendrait-il pas, dans son intérêt même, d'adopter à son égard certaines mesures protectrices, de lui enlever par exemple tout ou partie de ses droits civils? Etant donné ce que nous connaissons du caractère et du passé de la princesse, c'est là une question qui peut certainement se poser, mais qu'il semble difficile de résoudre aujourd'hui autrement que par la négative. Sur quoi appuierait on dans le cas présent une mesure aussi grave que l'interdiction? Où découvre-t-on chez la princesse cet „état d'imbécillité, de démence ou de fureur" qu'exige la loi francaise pour justifier la mise en tutelle et la privation des droits civils? Les experts ne peuvent que répéter qu'ils n'ont surpris dans la conduite présente de Son Altesse Royale ni ces désordres flagrants, ni cette inconscience de ses intérêts matériels, ni cette incapacité notoire qui, seules, seraient de nature à provoquer l'interdiction.

Nous avons dit les qualités de douceur, de générosité, de simplicité cordiale et d'abandon de Son Altesse Royale; mais il faut bien reconnaître que l'énergie et la volonté se trouvent quelque peu réduites du fait de ses dispositions trop bienveillantes du caractère. Une confiance trop prompte à se donner est grosse de mécomptes, et bien que nous espérions que Son Altesse Royale se maintiendra sous ce rapport dans la sage et prudente voie qu'elle suit aujourd'hui, nous ne pouvons pas ne pas prévoir le cas où les faits à venir tromperaient notre attente. S'il en était ainsi, il serait certainement souhaitable qu'un conseil présidât à l'administration de ses ressources. Ellemême, qui n'est pas sans avoir conscience de sa faiblesse, sentirait alors mieux que personne, la nécessité de ne pas être trop complètement livrée à ses propres forces.

Mais nous parlons là pour l'avenir. Presentement, rien ne saurait justifier l'interdiction. Quant à d'autres mesures moins restrictives de la liberté individuelle, elles nous paraissent d'autant moins nécessaires que Son Altesse Royale ne jouit pour le moment que de simples revenus consistant en une pension alimentaire dont elle dispose avec prudence.

En consequence, aux deux questions posées aux médecins et qui sont relatives, la première à l'utilité de l'interdiction, la seconde à la nécessité de l'internement, l'expertise actuelle, tout bien pesé, fournit à la première comme à la seconde, une réponse négative.

Paris, ce 23 mai 1905.

Signé: Docteur Paul DUBUISSON.

Signé: MAGNAN."

(Die den Gutachtern vorgelegten Fragen hatten gelautet: 1. ob die Prinzessin gegenwärtig gesunden Geistes und im Stande ist ihre Angelegenheiten selbst gehörg zu führen, 2. wenn dies nicht der Fall, ob sie noch eines Aufenthalts in einer geschlossenen Anstalt bedarf.)

Wichtig erscheint die folgende Angabe der Gutachter:

„Le pouls régulier et égal, est et a toujours eté, paraît-il, assez rapide — environ 100 pulsations à la minute. Cette accélération ne se rattache point à une maladie de Basedow: il n'y a ni hypertrophie thyroïdienne, ni exophtalmie, ni tremblement. Aucun trouble de la motilité. Pupilles égales. Parole bien articulée."

Auch mit einer Anlage zu „Neuroarthritismus" soll die Prinzessin behaftet sein.

Wenn gegenüber dieser Angabe — als Pulszahl einer gesunden Frau von der Mitte der Vierziger würde man höchstens 76—80 erwarten — die französischen Aerzte bei Beginn des Gutachtens sagen:

„Son Altesse Royale a tous les dehors de la santé physique et morale. Grande, de constitution vigoureuse . . . . . ."

so kann man einerseits auch hier den Eindruck eines Widerspruchs schwer fernhalten. Andererseits wird es dann für die Dauer solcher Symptome immer näher liegen ein auffallendes Benehmen mit dem greifbar vorhandenen Pathologischen in Zusammenhang zu bringen und zu erklären.

Wenn auch das Ergebniss der in Paris erfolgten Beobachtung, der festgestellte Fortschritt — gleichviel ob gesundheitlich oder moralisch — in dem Zustande der Prinzessin, ein erfreuliches ist und die Hoffnung nährt, dass diese traurige Affaire bald ihr Ende erreicht, so erwecken doch die hier vorgebrachten Einwände gegen dies Gutachten gewisse Bedenken. Es kann aber nicht Sache Fernstehender sein, an den einzelnen Resultaten der unmittelbaren Beobachtung eingehende Kritik zu üben. Dr. Bresler.

Die rechtliche Basis der staatlichen Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill-on-Sea, England.

(Schluss).

4. Einige Bestimmungen über Internationales Irrenrecht.

Wir bezeichnen mit dem Namen Internationales Irrenrecht die Bestimmungen, die in den einzelnen Staaten über die Ausdehnung ihres Rechtsschutzes (bezw. ihrer Fürsorge) auf Inländer und Ausländer getroffen sind.

Es sind folgende (reine) Systeme möglich:

Das Nationale Gesetz erstreckt sich

a) nur auf die Nationalen im Inland,

b) nur auf die Nationalen im Inland und Ausland,

c) auf die Ausländer und Nationalen im Inland,
 α) in Gleichberechtigung mit den Inländern,
 β) in verschiedener Weise für die beiden Gruppen,

d) auf die Ausländer im Inland und die Nationalen im Ausland und Inland. α und β = oben c.

Ein reines System existirt nicht. Durch Staatsverträge sind die Staaten verpflichtet, wenigstens für die Nationalen gewisser anderer Staaten zu sorgen, soweit sie arm sind. Somit ergiebt sich in manchen Staaten eine gleiche Behandlung für arme Inländer und arme Ausländer.[119]) In anderen werden die armen Ausländer wenigstens mit Bezug auf die Anstaltspflege nicht gleich behandelt, sondern in zweite Linie geschoben. Oder es wird der Reciprocitätstandpunkt festgestellt.

Unter Voraussetzung des Gesagten: die Systeme a und b existiren nirgends.

Das System c (α) existirt meiner Auffassung nach in Belgien[120]), Frankreich[121]), Holland[122]), Hamburg, New-York, Norwegen, Schottland[123]), Schweden[124]), Spanien, Waadt.

Der Kanton Waadt, dessen Irrengesetz das neueste und ein sehr modernes ist (dank z. B. der Mitarbeit von Prof. Dr. Forel), spricht im Article premier den Grundsatz aus: La présente loi s'applique à toutes les personnes atteintes de maladies mentales se trouvant dans le canton de Vaud.

Damit sind alle Schwierigkeiten, die sich aus den Begriffen: Wohnsitz, domicile, résidence etc. ergeben können, beiseite geschafft. Unter das Gesetz fällt, wer im Augenblick, wo seine Krankheit sichtbar (d. h. einem staatlichen Organ erkennbar) wird, sich auf waadtländischem Boden befindet. Wünschenswerth wäre vielleicht noch eine Special-Bestimmung gewesen, wie sie das Holländische Gesetz in Art. 26 ausspricht: „Wer Jemanden, der hier zu Lande einen Wohn- oder Aufenthaltsort hat, oder binnen der letzten sechs Monate gehabt hat, in einer ausländischen Anstalt für Irre aufnehmen lässt, ist verpflichtet, hiervon binnen acht Tagen an den Staatsanwalt des Gerichts-Arrondissements, in dem der letzte Wohn- oder Aufenthaltsort der in der Anstalt aufgenommenen Person liegt, Anzeige zu erstatten. Zu der Anzeige ist eine, höchstens drei Wochen vor der Aufnahme abgegebene, unterschriebene und mit Gründen begleitete Erklärung eines am Orte approbirten Heilkundigen zuzufügen, aus der ersichtlich ist, dass die Aufnahme wünschenswerth war."

Damit bleibt Holland im System c α und umgiebt die Erfüllung desselben mit einer neuen Garantie. Aehnlich Neuchâtel loi Art. 13.

Zum Systeme c α scheint auch Zürich zu halten. Es kennt keine speciellen Vorschriften für Ausländer, die in seinen Privat-Anstalten verpflegt werden. Ferner sagt der § 1 des Reglements der öff. Anstalt Burghölzli: „Kranke, welche nicht im Kanton wohnen und nicht Kantonsbürger sind, werden nur nach Maass-

[119]) Z. B. Staatsvertrag zw. Schweiz und Frankreich v. 27. Sept. 1882. — Bundes-Gesetze VIII, 186. Die Verträge gehören im übrigen dem Armenrecht an.

[120]) Einfach aus dem Schweigen des Gesetzes abzuleiten, da zu präsumiren ist, dass die Herrschaft der Gesetze, soweit sie nicht näher präcisirt ist, sich auf alle Einwohner erstrecke und der Geist des Belgischen Gesetzes, soweit es sich nicht um Armenfürsorge handelt, rein beschränkend, nicht erlaubend ist. — Belgien: die ordonance im art. 42 bemerkt ausdrücklich, dass für die Ausländer dieselben Formalitäten bei der Aufnahme zu beobachten seien, wie bei den Staatsangehörigen. Ausserdem ist sowohl bei den Belgiern, die keinen Wohnsitz im Sinne der Gesetzgebung (résidence) haben, als bei den Ausländern Anzeige von der Aufnahme in eine Anstalt an den Minister des Aeussern zu erstatten.

[121]) id. S. übrigens Art. 9, wo sub 3. als Identitätsnachweis ein Pass verlangt wird.

[122]) Wet. art. 2: Die Staatsaufsicht erstreckt sich über alle Irren.

[123]) Nach dem Schweigen des Gesetzes.

[124]) Stadga § 35. Ein GK., der nicht schwedischer Unterthan ist, aber innerhalb des Landes erkrankt, wird in jene Klasse aufgenommen, welche die Direktion bestimmt, eine Verwaltungsvorschrift, welche die grundsätzlich gleiche Behandlung beweist, obwohl sie einen gelinden Unterschied markirt.

gabe des vorhandenen disponiblen Raumes aufgenommen und behalten."

Dieses „und nicht" sagt wohl, dass ein Kranker kantonsfremd und zugleich nicht im Kanton domicilirt sein muss, um der Behandlung verlustig zu gehen. Das „Wohnen" ist so auszulegen, dass ein Kranker mindestens eine Aufenthaltsbewilligung gehabt hat, und dass er dieselbe nicht zu dem Zwecke genommen hat, um in die Anstalt aufgenommen zu werden. (In fraud. leg.)

Innerhalb dieses Systems sind auch die Verträge zu nennen, nach welchen inländische Irre von Staatswegen in einer ausländischen Anstalt versorgt und den Bedingungen des fremden Staates unterworfen werden, ohne dass zugleich bestimmt würde, dass der Vertrag gekündigt sei, sobald die ausländische Gesetzgebung sich ändere. [125]) Es wird damit Verzicht auch auf den partiellen Schutz der Inländer im Auslande geleistet.

Fast alle übrigen Staaten zählen zum System c β. Die Vorschriften stellen sich entweder als specielle Garantieen für den Ausländer im Inland oder als Rechtsnachtheile des Ausländers dar.

a) Die Rechtsnachtheile. Fast überall werden Ausländer in inländischen öff. Anstalten nur dann aufgenommen, soweit der Platz reicht, oder, soweit dadurch die Aufnahme von Inländern nicht beeinträchtigt wird. In einzelnen Staaten können Ausländer sofort entlassen werden, wenn der Platz für Inländer benöthigt wird; oder die sich Anmeldenden haben Reverse zu unterschreiben, nach welchen Ausländer unter den genannten Umständen jederzeit zurückgenommen werden müssen; oder sie haben eine höhere Zahlung zu leisten. [126])

Zu diesen Gesetzen gehört auch dasjenige von Basel-Stadt. Doch kennt es eine Specialgarantie, die den meisten anderen fremd ist. [127]) Von der Verbringung dort wohnhafter Geisteskranker in ausserkantonale Irrenanstalten ist innerhalb acht Tagen nach erfolgter Versorgung dem Polizeidepartement Anzeige zu erstatten; das Pol. Dep. kann weitere Erhebungen vornehmen.

Beilage zur Anzeige: ein ärztliches Zeugniss, „welches die Versorgung des Kranken gerechtfertigt erklärt." Die Unterlassung der Anzeige ist Polizeidelikt. [128]) [129]).

b) Specielle Garantieen für Ausländer: England, das den Ausländer sonst gleich dem Engländer behandelt, regelt besonders die Heimbringung eines in England verpflegten fremden Irren. [130])

„1. Auf den Wunsch eines Familienmitgliedes oder eines Freundes haben die „commissioners" sich mit der Sache zu befassen und dem Staatssekretär zu referiren. 2. Wenn sich derselbe durch den Bericht der commissioners oder auf andere Weise davon überzeugt hat, dass das betr. Individuum geisteskrank und ein Ausländer ist, dass die Heimschaffung vortheilhaft für ihn ist, und dass die nöthigen Verfügungen für seine Ueberführung und seine weitere Behandlung getroffen sind, so kann er eine Anweisung ertheilen, damit der Geisteskranke der Person übergeben werde, die ihn heimzuschaffen hat.

Diese Ordre ist durch alle Personen oder Behörden auszuführen, dem die augenblickliche Sorge für den Kranken obliegt.

3. Diese Anweisung genügt, um jedem Schiffskapitän die Aufnahme, Festhaltung und Ueberführung an seinen Bestimmungsort zu gestatten."

Dieser schwerfällige Artikel erscheint uns in seiner Fürsorglichkeit als einer der glänzendsten des ganzen englischen Gesetzes. Das Verfahren dürfte allerdings etwas langwierig sein.

Preussen [131]), Sachsen [132]) und Württemberg [133]) kennen specielle Aufnahmeanzeigen für Ausländer [134]), Preussen auch solche bei Entlassung, Beurlaubung und Tod. (Bei russischen Staatsangehörigen an das Ministerium des Auswärtigen. [135])

Das System d, α hat Genf adoptirt. loi art. 1er: sont soumis . . . . etc. . . .

---

[125]) Z. B. Appenzell Arh. Vertrag §§ 5 und 6.

[126]) Vgl. Aarg. Reg. § 4, Basel, Stadt Ges. § 2; Bern Waldau und Münsigen § 3; Bellelay § 3; St. Gallen Org. Wyl Art. 2; Reg. Wyl Art. 19; Org. Pirminsberg Art. 2; Reg. Art. 19 Glarus, Ges betr. die Errichtung einer Kant. Irrenanstalt v. 6. Mai 1900; Landbuch 1900 § 223; Graubünden, Armen-Ordnung § 43, Statuten § 38; Luzern Reg. § 1; Schaffh. Ges. Art. 2; Soloth. Reg. S. 42 § 1; Tessin Regl. Amm. Art. 9; Reg. Int. Art. 30; Thurgau, Reg. § 13; Kgr. Sachsen, Leipzig, 1. — Auch an and. Orten. Hessen, Reg. § 6; Sachsen-Weimar Ges. § 4.

[127]) Dieselbe wie Holland s. o.

[128]) GB. 1891, § 2, 3. — Pol. Straf. Ges. 878a.

[129]) Aehnlich verlangt Hessen Begutachtung durch den Kreisarzt, doch ohne Sanction. Instr. 30, 8; so auch Hamburg MO. 1899, § 5.

[130]) act. art. 71.

[131]) MV. 1901 § 9, ME. 27, II, 1903. L. A. Z. 1903, S. 664. (an den Regierungspräs.)

[132]) MV. 1900 § 7 an die Kreishauptmannsch. des Anstaltskreises.

[133]) MV. 1899 § 9, Oberamt. In unbedenklichen Fällen kann vom Med.-Koll. davon entbunden werden. (?)

[134]) d. h. nicht Landesangehörige und Nichtdeutsche.

[135]) Russland verlangt von Preussen (ob allgemein ist uns unbekannt), dass eine Internirung seiner Staatsangehörigen nicht ohne Mitwirkung des russ. Consuls stattfinde, s. Unger, S. 136 ff.

1. Les aliénés résidents dans le canton de Genève.

2. Les aliénés de nationalité genevoise, quel que soit le lieu de leur résidence.

Mit Bezug auf das Wort „résidence", das sonst eine bestimmte rechtliche Bedeutung hat, kann aus dem Wortlaute das folgende abgeleitet werden: Wenn das Genfer Gesetz die genferischen Geisteskranken schützen will, wo immer ihre „résidence" ist, so bedeutet diese Bestimmung offenbar, dass Genf ganz allgemein seine Geisteskranken schützen will, und es wird dabei ganz gleichgültig sein, ob dieselben auf Reisen, vagabundirend, im Sinne irgend eines Gesetzes „Niedergelassene", „Aufenthalter", „Bewohner" etc. eines Landes seien.

Die „Résidence" bedeutet wohl dasselbe, wie das „se trouver" des Waadtländischen Gesetzes (§ 1 s. o.). Daher muss es dem Geiste des genferischen Gesetzes entsprechen, dass ein Mensch, der sich auf Genfer Boden befindet, und dort geisteskrank wird, den Bestimmungen des Gesetzes unterworfen wird. Zur Ausführung des Gesetzes wird dem Staatsrath aufgetragen (Art. 10), bei den schweizerischen und fremden Behörden für den Schutz der ausserhalb des Kantons „residirenden" Geisteskranken genferischer Nationalität zu wirken, und anderseits (Art. 11) von der Internirung eines ausländischen Geisteskranken in einer öffentlichen oder Privatanstalt des Kantons Genf binnen 8 Tagen die Consularbehörde seines Heimathlandes zu informiren.

Von der Anwendung des Systems d β ist uns nichts bekannt.

Mittheilungen.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

Der Vorsitzende legt hierauf einen ebenfalls von Herrn Schüle verfassten Entwurf vor:

Praktische Vorschläge für die Frage der Verheirathung früherer Geisteskranker oder Belasteter, als einstweilige prophylaktische Maassnahmen, bis ärztlicherseits unsere statistischen Untersuchungen zu einer genauern Stellungsnahme und zu besonderen Rathschlägen befähigen.

Diese Maassnahmen sollen sich ausdehnen

1. auf die Fürsorge seitens der Fachärzte und deren Organe und zwar:

a) durch Verbreitung von Aufklärung über die einschlägigen Punkte — theils durch uns selbst, theils durch unsere ärztlichen Collegen, auch durch einsichtige Menschenfreunde aus der Laienwelt, namentlich aber durch die Patrone der Hilfsvereine.

2. Durch staatliche Mitwirkung. Hier wären

a) Bestimmungen anzustreben, wonach die zu jungen Heirathen möglichst vermieden resp. eingeschränkt würden. Es wäre schon jetzt für eine künftige Revision des Bürgerlichen Gesetzbuches die gründliche Erwägung der Jahresreife zum Eingehen eines Ehebündnisses ins Auge zu fassen; m. E. sollte diese auf männlicher Seite nicht unter 23 Jahren, auf weiblicher nicht unter 18 Jahren festgesetzt werden (Dispens-Möglichkeit eingerechnet).

b) Die finanzielle Auskömmlichkeit des künftigen Ehepaares muss als zureichend zu erachten sein.

c) Der Ehepartner muss das Recht haben, sich über die Gesundheitsverhältnisse des andern Theils zu erkundigen, resp. von diesem ein Gesundheitszeugniss zu verlangen, welch letzteres sich auf alle in Betracht kommenden Fragen, namentlich auch über bestehende oder früher bestandene Infectionskrankheiten (speciell geschlechtliche) zu verbreiten hätte, desgleichen über früher überstandene Psychopathien, alkoholistische Tendenzen, Perversitäten pp.

d) Dieses Zeugniss soll aber nicht von einem einzelnen Arzte, sondern von einem staatlich eingesetzten und in seinen Befugnissen geschützten „Gesundheitsrath" ausgestellt werden, und namentlich auch die genealogischen Verhältnisse vom Standpunkt der Vererbbarkeit enthalten.

e) Auf dieses Attest hin lautet das Votum des Gesundheitsraths entweder zustimmend, oder es erhebt Bedenken; in der Steigerung: mahnend, warnend, abrathend.

Häufig recidivirende Psychopathien rechtfertigen eine fürsorgliche Entmündigung, event. schon während des Anstaltsaufenthaltes.

Ein Heirathverbot wäre zu erlassen: bei schweren Periodikern und Cyklikern; bei Paralytikern; bei eingewurzelten chronischen Hysterischen und Epileptikern, speciell mit complicirendem Irresein (ausgebildetem epileptischen und hysterischen Character); bei degenerirten chronischen Alkoholikern; endlich bei Geistesschwäche, welche ein sociales Fortkommen nicht ermöglicht.

Grundsatz für den Begutachter resp. Aussteller des Attestes sei: nicht zu engherzig und nicht zu streng; gegentheils aber fest und bestimmt bei ärztlicherseits gesicherter Sachlage.



f) Die erwähnte Maassnahme soll keine obligatorische, sondern eine facultative sein, kann aber bei einzelstehenden Personen, die durch ihr geistiges Verhalten oder durch notorische frühere Erkrankungen suspekt sind, auch seitens der Behörde verlangt werden.

Die Zeugnisse selbst sind kostenlos auszustellen.

g) Beim Zuwiderhandeln seitens des Ehepartners verwirken diese die rechtlichen Ansprüche auf alle Consequenzen, die aus einer Missheirath sich ergeben, speciell das Recht auf Ehescheidung. Nicht eine principielle Ablehnung der letzteren (welche gegentheils von unserm ärztlichen, die Progenesis bedenkenden Standpunkt oft unterstützt werden müsste), wohl aber Verzicht auf die sociale Vergünstigung durch Auflösung der Ehe, besonders auf das event. Recht der Wiederverheirathung. (Selbstverständlich gehört dieser wichtige Punkt einer künftigen Revision der Gesetzgebung an, wäre aber jetzt schon ins Auge zu fassen.) — Gegenüber von Communen, welche trotz Belehrung über das Votum des Gesundheitsraths ignorirend hinweggingen und den Ehe-Consens auch im Falle des Abrathens ertheilten, könnte in Aussicht gestellt werden, dass bei einer etwaigen, später nöthigen, Aufnahme in die Anstalt nicht auf financielle Erleichterung oder staatliche Beihilfen zu den Verpflegungskosten sicher zu rechnen wäre.

Eine Discussion über diesen Entwurf findet nicht statt.

11. Schultze-Greifswald: berichtet über 51 Militärgefangene, die er während $1\frac{1}{2}$ Jahren in der Bonner Prov. Heil- und Pflegeanstalt zu beobachten Gelegenheit hatte.

4 litten an Imbecillität. Sch. schildert diese Fälle etwas genauer und betont, dass ihre Intelligenzschwäche nicht mehr physiologisch ist. Denn einmal findet sich bei den anderen Militärgefangenen kein derartiger Defect; dann aber zeigen diese Imbecillen eine Reihe anderweitiger psychischer Anomalien und auch körperlicher Störungen; schliesslich hatten sie durch ihr Vorleben und Verhalten beim Militär ihre Krankheit bekundet.

7 zeigen das Bild des mechanisch-depressiven Irreseins, vorwiegend in der Form der Depression, 10 das Bild der Dementia praecox, meist in der Form der Hebephrenie. 14 Militärgefangene wurden als epileptisch angesprochen, 12 als hysterisch. Einer von diesen letzteren litt an einer hysterischen Parese eines Armes, die sich an eine leichte Verletzung angeschlossen hatte; bei allen anderen handelt es sich um hysterische Dämmerzustände.

Hierzu kam noch je ein Fall von typischem degenerativem Irresein, von Verschrobenheit, von ausgesprochener pathologischer hochgradigster Reizbarkeit und schliesslich ein Neurastheniker, der im Gefängniss erkrankt war und sich einen Meineid hatte zu Schulden kommen lassen.

Schultze verfügt jetzt über ein Material von 100 Militärgefangenen, die während eines Zeitraums von $5\frac{1}{2}$ Jahren den Anstalten Andernach und Bonn zugeführt worden sind. 7 sind unehelich geboren, 25 sind als unsicher eingestellt. Ein Diagramm veranschaulicht die Zusammensetzung des ganzen Materials nach den verschiedenen Krankheitsbildern. Unter den Imbecillen überwiegen die Arbeitssoldaten. Die Dementia praecox ist mehrmals zufällig während der Behandlung eines körperlichen Leidens im Lazareth entdeckt. Epilepsie und Hysterie sind annähernd mit der gleichen Zahl vertreten; das gilt nicht nur für die Militärgefangenen, sondern auch für die Arbeitssoldaten allein. Es ist nicht wahrscheinlich, dass die Hysterie durch die Einzelhaft ausgelöst wurde, wie dies Sch. früher annahm. Relativ gross ist die Zahl der Bestrafungen wegen Diebstahls bei den Hysterischen, wie die wegen Majestätsbeleidigungen bei den Epileptikern.

Die Hälfte des an Imbecillität und Dementia praecox Erkrankten ist wegen Fahnenflucht oder unerlaubter Entfernung bestraft; die Zahl der entsprechenden Fälle ist sowohl bei der Hysterie als auch Epilepsie und dem manisch-depressiven Irresein etwa $^2/_3$.

26 Individuen haben sich einen thätlichen Angriff auf einen Vorgesetzten zu schulden kommen lassen. Der pathologische Rausch spielt hierbei eine grosse Rolle.

Der grösste Theil der Militärgefangenen, etwa $^2/_3$ ist auch civiliter vorbestraft. Nur sehr selten wurde seitens der bürgerlichen Gerichte die Frage der Zurechnungsfähigkeit angeschnitten.

Die gebotenen Krankheitsbilder waren in einer sehr grossen Zahl schwer zu deuten. Sch. begründete kurz noch einige weitere Förderungen.

Nicht nur im bürgerlichen Leben, sondern auch in der Armee und Marine wird der Psychiatrie in letzter Zeit berechtigter Weise sehr viel mehr Beobachtung geschenkt. Forderungen psychiatrischen Inhalts sind schon erfüllt durch das verständnissvolle Entgegenkommen der Heeresverwaltung. Die Erfüllung der noch bestehenden Wünsche ist danach sicher zu erwarten. (Eigenbericht.)

Discussion:

Herr Steinhausen dankt im Namen der Sanitätsoffiziere für die werthvollen Anregungen. Zweifellos ist das Interesse für psychiatrische Fragen in den Kreisen der Armee in Zunahme begriffen.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Die multiple Sklerose des Gehirns und Rückenmarks. Ihre Pathologie und Behandlung, klinisch bearbeitet von Dr. Eduard Müller, Privatdocent an der Universität und Assistenzarzt an der medicinischen Klinik zu Breslau. Mit einem Vorwort von Professor Dr. Adolf von Strümpell in Breslau. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1904.

Das ausserordentlich fleissige Werk des Verfassers

hat Anspruch darauf, die einzige, bis jetzt in der Litteratur existirende Gesammtdarstellung der multiplen Sklerose zu sein.

Es behandelt bei genauester Kenntniss der einschlägigen Litteratur (1148 Litteraturangaben) und auf Grund von ca. 80, in den von Strümpell'schen Kliniken zu Erlangen und Breslau eingehend beobachteten Fällen (darunter 6 Autopsien) das Vorkommen, die Aetiologie, die Symptome, die pathologische Anatomie, Pathogenese, Prognose und Therapie dieser Krankheit, mit besonderer Berücksichtigung der gewöhnlichen und ungewöhnlichen Formen des klinischen Bildes und der Differentialdiagnose.

Interessant ist die Ansicht des Verfassers, dass bei der echten primären multiplen Sklerose, die von der sekundären nach Herdentzündung oder -Degeneration entstandene stets getrennt werden muss, die Entwicklung des Processes, in Form einer multiplen Gliose, auf der Basis einer congenitalen Veranlagung in der Neuroglia wahrscheinlich sei, eine Ansicht, die dem Werk ihr Gepräge aufdrückt und die in dem Kapitel über die pathologische Anatomie und Pathogenese eingehende Begründung erfährt.

Den bis jetzt ätiologisch anerkannten äusseren Schädlichkeiten sind nach Ansicht des Verfassers nur die Funktionen als „agents provocateurs" zuzusprechen. Heinicke-Grossschweidnitz.

— Stellung und Aufgaben des Arztes in der Behandlung des Alkoholismus. Ueber Trinkerheilstätten von Dr. med. Max Nonne, Oberarzt am Allgemeinen Krankenhause Hamburg-Eppendorf. Verlag von Gustav Fischer. Jena 1904.

Verf. ist der Meinung, dass die Entmündigung der Trinker nur als ultima ratio dienen müsse. Für die Fälle, die es auf die Entmündigung ankommen lassen, für die ferner, die aus Trinkerheilstätten fortgewiesen werden, drittens für die unheilbaren degenerirten Trinker, deren Unterbringung in Irrenanstalten nicht zu rechtfertigen ist, endlich für die Trinker, denen die Mittel zur Anstaltsbehandlung fehlen, fordert Verf. ein Trinkerfürsorgegesetz. In diesem muss festgelegt sein, unter welchen Voraussetzungen ein Trinker auch zwangsweise der Anstaltsbehandlung unterworfen werden kann. Weiter giebt Verf. einen Ueberblick über die Verpflegung, Behandlung und Beschäftigung der Trinker in der Anstalt, über die Dauer ihres muthmaasslichen Aufenthaltes, ihre allmähliche Gewöhnung an das selbständige Leben wieder ausserhalb der Heilstätte und die Fürsorge nach der Entlassung; ein besonderes Kapitel ist auch der Leitung der Anstalt gewidmet. Verf. vertritt die Meinung, dass für offene Trinkerheilstätten ein mit der Alkoholfrage vertrauter, neurologisch-psychiatrisch ausgebildeter Arzt als Consulent genügt; Bedingung ist, dass keine Aufnahme ohne eine vorher von diesem vorgenommene Untersuchung erfolgt, dass ferner alle mit der Alkoholkrankheit der Pfleglinge zusammenhängenden Angelegenheiten diesem Arzt zur Entscheidung vorgelegt werden.

Die Schrift des Verf.'s, dem eine reiche Erfahrung auf dem Gebiet der Behandlung des Alkoholismus zur Seite steht, bietet vor allem in ihrem ersten Theil — Fürsorgegesetz — sehr Beachtenswerthes und Neues. Heinicke-Grossschweidnitz.

— Weltanschauung und Abstinenz. Von Dr. Otto Juliusburger. Verlag von Oscar Koselowski-Berlin N.-O. Preis 15 Pfennig.

Verfasser fordert an der Hand der zahlreichen Schäden des Alkohols, die totale Abstinenz und ist der Ueberzeugung, dass die Abstinenzbewegung, die ein unfehlbares Mittel zur Entfaltung und Steigerung der materiellen und geistigen Kultur der Menschheit sei, siegen müsse, wenn die monistische Weltanschauung ihre Grundlage bildet.

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Die Schäden unserer Hôtel- und Wirthshaus-Küche für Gesunde und Kranke. Reformvorschläge von Dr. Max Fischer. Seitz & Schauer, München 1904. Preis 1 M.

In der kleinen Schrift spricht Verfasser über die zahlreichen Fehlerquellen, die unserer Hôtelküche zu Grunde liegen und giebt für deren Verbesserung Vorschläge, die in 1. Linie die Umwandlung der Table d'hôte im Auge haben; vor allem sind es die Aerzte der Curorte, die ihren ganzen Einfluss aufbieten müssen, um die Ernährungsfrage der Erholungsgäste in gesunde Bahnen zu leiten.

Hoffentlich finden die Reformvorschläge vor allem unter den Wirthen das genügende Verständniss!

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Burr: The fluctation of insanity in Connecticut. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1903. Nr. 2. S. 265.

Eine Zusammenstellung von 7657 Fällen ergab, dass das Anwachsen der Geisteskranken besonders auf Rechnung der Eingewanderten zu setzen ist, und zwar stellten die Irländer das grösste Contingent, in zweiter Linie die Deutschen. Die Städte zeigten eine erheblich grössere Zunahme der Geisteskranken als das Land, auch diese Erscheinung wird durch das Zusammenströmen der fremden Elemente in die Städte erklärt. Schütte-Osnabrück.

— Engelen: Suggestion und Hypnose. (Aus der Sammlung: Der Arzt als Erzieher.) München 1905. Verlag der ärztlichen Rundschau.

Die lesenswerthe kleine Abhandlung klärt über das Wesen der Hypnose in leichtverständlicher Form auf, sie wendet sich gegen die verbreiteten mystischen Auffassungen über Hypnose und führt die Gefahren, welche die Anwendung der Hypnose durch unberufene und gewissenlose Laien in sich birgt, vor Augen. Horstmann-Treptow a. Rega.

Berichtigung.

Seite 97 rechte Spalte, Zeile 24 von unten, muss es statt „Lehrern und Pädagogen" heissen: „Aerzten und Pädagogen".

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 12. 17. Juni. **1905**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Entwickelung der deutschen Psychiatrie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Osnabrück.

Dass die wissenschaftliche Thätigkeit der Aerzte auf psychiatrischem Gebiete bis zur Wende des 18. Jahrhunderts in Deutschland nicht allzu üppige Resultate gezeitigt hat, ist bekannt und nicht minder sind es die Gründe, auf die diese geringe Bethätigung zurückgeführt werden muss. Die weltferne Lage der wenigen Irrenanstalten, das Fehlen von psychiatrischen Universitätskliniken und von Fachcongressen, auf denen der College sich innig und vertrauensvoll an den Collegen schliesst, die kümmerliche psychiatrische Ausbildung der Studirenden, die sie mit wenig mehr als allgemeinen philosophischen und theologischen Phrasen abspeiste, ohne dass sie sich an der Unsumme von Lehrbüchern, die heutzutage in einträchtiger Uebereinstimmung die Gemüther der der Irrenheilkunde Beflissenen heranbilden, autodidactisch delectiren könnten, — alles das brachte es mit sich, dass die Schätze von psychiatrischen Erfahrungen, die vielleicht auch damals schon in den Köpfen tiefdenkender deutscher Irrenärzte niedergelegt waren, nicht ihren Weg in die Spalten des Druckpapiers fanden, und dass sie im besten Falle als vereinzelte, der Systematik entbehrende Veröffentlichungen in Buch- oder Brochurenform ein düsteres und ungelesenes Dasein fristen mussten. Denn an einer Zeitschrift, in der die Fachleute sich mit Wohlwollen und Genugthuung an dem Scharfsinne und den Leistungen ihrer Collegen zu erquicken vermögen, mangelte es damals noch.

Die Gründung des Hufeland'schen Journals für Heilkunde machte 1795 dem ein Ende. Obgleich es ja sämmtlichen medicinischen Disciplinen geweiht war, kam die Irrenheilkunde, wenn sie auch noch in wissenschaftlicher Beziehung eine recht bescheidene Stellung einnahm, was die Quantität des Dargebotenen anbetrifft, durchaus nicht zu kurz. Die Länge der psychiatrischen Aufsätze aus jener Zeit beweist, dass man damals durchaus das bedeutsame Princip erfasst hatte, dass eine psychiatrische Publikation, wenn sie überzeugend wirken will, es nie unter einigen Druckbogen thun darf. Die relative Menge der Beiträge war auch dadurch bedingt, dass nicht nur die zünftigen Psychiater zu Worte kamen, sondern dass alle praktischen Aerzte sich beeiferten, ihre Specialerfahrungen auf diesem interessanten Gebiete in die Oeffentlichkeit zu bringen.

Uebereinstimmung herrschte insofern bei allen Autoren, als die ganze Materie als sehr difficil und intrikat angesehen wurde und die wohlthuende Sicherheit, mit der die damaligen Medici sich über die körperlichen Krankheiten aussprachen, wich fast immer einer dumpfen Unsicherheit, sobald es zur Besprechung der geistigen Krankheiten kam. Trotzdem oder vielleicht gerade deshalb wurde der Werth der Psychiatrie in jenem Decennium vielleicht höher eingeschätzt wie heutzutage. Damals zerfiel ja die praktische Medicin in zwei Klassen, die Chirurgie und die innere Medicin. Als nun Reil's Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen (Halle 1803) die allgemeine Aufmerksamkeit auf das dunkle Gebiet der Psychiatrie lenkten, ging man, vielleicht in einem gewissen Uebereifer, so weit, die Psychiatrie als gleichberechtigt mit jenen hinzustellen. Besonders Schmidt*) legte sich für die Sonderstellung der Psychiater energisch ins Zeug.

Ein Arzt könne unmöglich alle 3 Gebiete beherrschen, da das neue Gebiet der Seelenkunde

*) Ueber psychische Heilkunde und ihr sowohl wissenschaftliches als politisches Verhältniss zu der bisherigen Heilkunst. H. J. 1804. X. 4. S. 76.



ungeheuer gross und zudem mit allen möglichen anderen Dingen verquickt sei. Sie mache mindestens den dritten Theil des ganzen medicinischen Studiums aus und werde an Reichhaltigkeit, Fülle und Interesse des Stoffes die beiden übrigen mit der Zeit noch übertreffen. Auch die Medicinalbehörden hätten die Pflicht, sich ganz besonders mit ihr zu beschäftigen. Wie es eine Medicinalpolizei gebe, müsse auch eine psychische Polizei geschaffen werden und dementsprechend eine psychische Medicinalbehörde, zumal auch dieses Gebiet nach einem Ausdrucke Lichtenberg's Zankland sei, an dessen Besitz die Philosophen und Prediger gleiche Ansprüche mit den Aerzten zu haben glaubten. Liesse der Staat jene zu, so erhielte man die psychische Laienpraxis der neuen Art, vielleicht das gefährlichste medicinische Staatsübel. Zudem hätten die Gemüthskranken weit mehr Ansprüche auf die Fürsorge des Staates als die übrigen Kranken: „Sollen diese Unglücklichen ewig die Beute unwissender und hartherziger Wärter sein, die sie nur als Thiere behandeln, deren Fütterung und Bändigung ihnen der Staat übertrug." „Ich fürchte nicht, dass die Töne des Jammers und der Verzweiflung, die aus jenen Kerkern dem Menschenfreund entgegenschallen, in Deutschland noch länger ungehört bleiben werden."

Wie gross oder vielmehr wie klein die Menge der Studienobjecte war, die den Studirenden dieses dritten Faches zu Gebote stand, darüber geben die wenigen Statistiken jener Zeit Aufschluss. Unter den 540 Kranken, die sich 1796—99 in der medicinisch-chirurgischen Krankenanstalt zu Jena befanden, sind nur 3 aufgezählt, die an Epilepsie, 1, der an Manie und 6, die an Hysterie litten. Besser stand es in der Charité in Berlin, in deren von Fritze und Hufeland herausgegebenen statistischen Berichten den Geisteskranken immer die gebührende Aufmerksamkeit geschenkt wurde. 1802 wurden hier 100 männliche und 56 weibliche Kranke aufgenommen, von denen 16 aus Gefängnissen kamen. Insgesammt wurden hier 334 Geisteskranke behandelt, von denen 105 als geheilt entlassen wurden. 2 Jahre später war die Gesammtzahl schon auf 406 angewachsen.

Eine Eintheilung nach verschiedenen Krankheitsformen ist hier nicht vorgenommen, obwohl den Classificationsgelüsten der damaligen Psychiater dieselben bescheidenen Schranken gesetzt waren, wie heutzutage.

Als Beispiel möge wieder Schmid*) dienen, der nach den verschiedenen Gesichtspunkten, nach der Aetiologie, der Dauer und der Symptomatologie dieses Werk in Angriff nahm. Er gelangte schliesslich zu einem äusserst komplicirten Schema:

I. Krankheiten aus Schwäche des Perceptionsvermögens (Torpor): 1. an äusseren Gegenständen, A. Ekstasis, gleich einer imaginarischen Vorstellung, B. Träumerey, C. Blödsinnigkeit oder Dummheit (Morosis). 2. an inneren Gegenständen: Krankhafte Apathie. II. Schwäche des sinnlichen Bewusstseins (Amentia). „Man ist verdutzt, verblüfft." Dahin gehört auch der Schwindel und der Irrsinn (Paraphrosyne). III. Krankheiten aus Mangel an sinnlichem Ueberzeugungsvermögen. IV. Krankheiten aus Mangel an Einbildungskraft. Diese gliedern sich wieder in Krankheiten aus Mangel an 1. Behaltungsvermögen, 2. Nachbildungsvermögen, 3. Phantasie, 4. an Associationsvermögen und an Dichtungsvermögen. Dem Mangel an V. Denkvermögen entspringen 1. die Unsinnigkeit sowie die tumultuarische Verrücktheit. Weitere Unterarten sind 2. der Mangel an Verstand, an Vernunft, 3. an Scharf- und Tiefsinn, 4. an Urtheilskraft, 5. an Beobachtungsgeist, 6. an wissenschaftlichem Geiste, am Erfindungsgeiste. Unter VI: „Mangel an gehörigem Bewusstsein seiner Vorstellungen" wird es ganz schlimm. Hier mangeln 1. die Sinnesvorstellungen, 2. die imaginarischen Vorstellungen = Unbesonnenheit. Wir sind uns mangelhaft bewusst 1. der Bestandtheile unserer Vorstellungen, 2. ihrer Verhältnisse unter sich selbst, 3. Mangel am Gedächtniss, 4. die Störungen des Gemüthes: Hirnwuth, delirium aegri somnia, der raptus, die Verrücktheit, die Melancholie, die Narrheit (moria), die Raserey oder Tollheit (mania), die Sinnlosigkeit (amentia), das Alpdrücken (incubus), die Schlummersucht (cataphora), das Nachtwandeln (Somnambulismus), die Phantasterey, die Enthusiasterey, der Wahnsinn (dementia), nach Arnold der ideelle Wahnsinn, die Tollheit, die methodische Verrückung, die tumultuarische Verrückung (Paranoia), der Wahnwitz (insania), die moralische Verrückung (stultitia), der Wahnsinn aus Trunkenheit, der Aberwitz (Vesania). Dazu noch zahllose Combinationen und Variationen. In der 7. Abtheilung (Krankheiten aus Mangel an Willkür im Gebrauche der Gemüthskräfte) kehren zum Theile dieselben psychischen Krankheiten wieder, nur unter einem etwas anderen Gesichtswinkel betrachtet. Wir finden hier noch die Seelenschwäche, die Hypochonderie und Hysterie, das Unvermögen, sich etwas aus dem Sinne zu schlagen, das Unvermögen verknüpfte Vorstellungsreihen abzubrechen, den Zwang der Association (fixe Ideenreihen), die wahnwitzige Melancholie, der unwillkürliche Witz und die Characterschwäche.

Man sieht, man hatte mehr als genügend Gelegenheit, um zu differenziren, um so mehr, als Schmid noch zahllose Unterabtheilungen machte. Sonst nahm man übrigens die Sache damals meistens nicht ganz so tragisch und gab sich gern mit einer einfacheren Eintheilung zufrieden. Einige Jahre später, als man in den officiellen Statistiken der

*) Schmid: Psychologische Erörterung und Classification der Begriffe von den verschiedenen Seelenkrankheiten (1801. X. 1. S. 1).



Charité mehr eintheilte, begnügte man sich mit den Unterabtheilungen des Wahnsinns, der Melancholie und der Narrheit.

Die Veröffentlichungen im Hufeland'schen Journale sind im Wesentlichen dadurch ausgezeichnet, dass man an einzelne Fälle anknüpfte, sich besonders mit der Aetiologie und Therapie abgab und sich in Einzelheiten verlor, während man um die Gesammtbeschreibung der einzelnen Krankheiten ängstlich herumging. Wie wenig abgegrenzt die Krankheitsbegriffe waren, kann man schon daraus ersehen, dass dieselben Krankheitsnamen von verschiedenen Autoren ganz differenten Krankheitsbildern beigelegt wurden.

So theilte Stütz*) die Wahnsinnigen, „die Menschen sind und doch nicht als Menschen leben", ein in solche, die logisch denken und solche, die das nicht mehr können. Entweder äussert es sich im höchsten Grade und ist vorübergehend, dann heisst es furor Mania oder Phrenesia. Oder 2. es ist chronisch wie bei den vollkommenen Narren mit erhöhter Einbildungskraft oder 3. ohne veränderte Einbildungskraft, wie bei den stillen Narren, oder 4. anhaltend mit geschwächter Einbildungskraft, wie bei den vollkommen Blödsinnigen. Stütz vermuthete als Ursache einen organischen Fehler der inneren figurirten Theile des Gehirns. Da aber die physiologische Bedeutung dieser Theile noch nicht ausgemacht sei, könne nur wenig von den pathologischen Veränderungen festgesetzt werden. Deshalb müsse man bei den Leichenöffnungen genaue Nachforschungen anstellen.

Hufeland*), der sich gleichfalls mit dem wichtigen Capitel des Wahnsinns abgab, betonte bei dieser Gelegenheit, dass die Hexen und Behexten früherer Jahrhunderte nichts anderes gewesen seien, als armselige melancholische Kranke und citirte die für die Irrenpflege jener Zeit so prägnante Aeusserung eines Aufsehers an einer Irrenanstalt:

„Mein Herr, ich sehe wohl, Sie kennen das Canaillenzeug noch nicht, Ihre Mühe ist vergebens. Denn der eine Theil ist vom Teufel besessen und den werden Sie doch wohl nicht kurieren wollen. Bey den andern ist's blosse Bosheit und da ist das einzige Mittel der Stock."

Hufeland fasste den Begriff viel weiter und identificirte ihn mit den Gemüthskrankheiten überhaupt. Dabei erging er sich weitläufig über die Schwierigkeiten der Abgrenzung und behandelte kurz die periodischen Psychosen.

Ueber einen Fall von Puerperalpsychose berichtet 1789 Wendelstadt.

*) Einiges vom Wahnsinn. 1806. Bd. 24. I. S. 31.

*) Ueber den Wahnsinn, seine Erkenntniss, Ursachen und Heilung. 19. III. 1. 1804.

Nach einem elenden Wochenbette entwickelte sich eine anhaltende Melancholie, die mit dem sonderbarsten Veitstanze einherging und bei der die betrübte Arzneikunst nur die lärmendsten Zufälle etwas mässigen konnte.

Die Schwierigkeiten der Differentialdiagnose schilderte beweglich Hergt, als er über eine religiöse Melancholie berichtet:

„Die Urprincipien, von denen man ausgehen könnte, um alle bestimmte Abnormitäten des Gemüths einem Systeme zu unterwerfen, liegen noch hier und da zerstreut, ein wahres System der Gemüthskrankheiten gehört unter die pia desideria unserer Zeit." (1808. 27. I. S. 141.)

Hergt brachte dasselbe Thema vor, obwohl er es bereits in einer Dissertation behandelt hatte:

„weil sehr oft dergleichen academische Schriften sogleich mit ihrer ephemerischen Apparenz ins Meer der Vergessenheit stürzen."

Mit besonderer Liebe wurden immer die Fälle von Hysterie berichtet, boten sie doch auch am meisten Eigenartiges, um den Leser zu fesseln. Stellte man zwar auch nicht die Diagnose, so lässt doch die Symptomatologie erkennen, dass es nur die wackere Hysterie gewesen sein kann, die die Aerzte schon damals im Athem hielt. Da haben wir den siebenwöchentlichen Schlaf (Wendelstadt 1797), der sich an einen Schreck anschloss. Es fehlt nicht das heftige Schlucken, das endlich in Convulsionen und Epilepsie überging (Schrör, 1799). Noch schlimmer war der Schlucker Henning's (1806), der ordentlich, aber malitiös war und vier Tage lang so laut schluckte, dass man es bis mehrere Schritte vor seiner Wohnung hörte, bis ihm ein Senfpflaster über den ganzen Unterleib gelegt wurde.

„Die reizmachende Fähigkeit der Galle bringt auf die sensible Faser ein Prickeln hervor, das zu den heftigsten Convulsionibus führt, zumal das arteriöse System betäubt ist."

Eine Hysterika scheint auch eine ältere Dame im Juliushospitale zu Würzburg gewesen zu sein, die 1806 5 Wochen lang nur einige Löffel Wasser zu sich nahm, sich bei dieser eintönigen Beschäftigung aber übernahm, sodass sie ins Reich der Toten wandern musste.

Der bekannte College Müller, der darüber berichtet, nahm an, der Reiz der Gerüche, der Speisen, die die andern 10 Kranken im Zimmer zu sich nahmen, habe sie zu diesem Kampfe gestählt. Die Urheber der wichtigen Erfindung, ohne zu essen leben zu können, erführen durch diesen Fall eine Bestätigung ihrer transscendentalen Idee. Besonders wichtig sei sie für einen grossen Theil der Aerzte, die von ihrem geringen Verdienste nicht leben könnten.

In das entgegengesetzte Extrem verfiel eine Frau



(Zugenbühler 1806), „die Steine statt Arzney geniesset und deren an 45 Centner verschluckt hat."

Alle Jahre verzehrte sie, wenn die Blätter fielen, schwarzen Mergelschiefer, den sie wie Bonbons kaute, in der Woche 3 Pfd. als Specifikum gegen Bangigkeiten und Melancholieen. Je mehr Leiden, desto mehr Schiefer.

Viel machte auch Herrn Dr. Becker eine Hysterika zu schaffen (Krankheitsgeschichte einer Dame, die seit Jahren die wunderbarsten und peinlichsten Zufälle auf eine fast unbegreifliche Weise aushält). Tief betrübt wandte er sich an Deutschlands Aerzte.

Nicht nur, dass sie an Krämpfen und Contracturen litt und dass ihr täglich punkt 12 Uhr der Leib zu enormer Höhe anschwoll, schliesslich schlug die Milchabsonderung den Weg des Harnes ein, sodass sie zuerst eine Amme nahm und dann direct aus dem Euter einer Ziege trank. Häufig liess sie sich selbst zur Ader, 2 Jahre lang sass sie auf einer Bettschüssel. Sogar Flanell, der in Milch, Salbei und Fliederblumenabkochung getaucht, um sie gewickelt wurde, und Milchbäder konnten sie nicht ganz heilen. Deutschlands Aerzte schwiegen zu dem Fall.

Eine andere Hysterika bereitete Reiner (1803) viele Kopfschmerzen, indem sie ihm immer Spulwürmer präsentirte, die mit dem Urine abgegangen sein sollten, sodass er sehr schwierige Untersuchungen nach einem Zusammenhange zwischen Blase und Mastdarm anstellte und der Hysterika das ersehnte Vergnügen der manuellen Untersuchung bereitete.

Dass man in den Würmern die Ursache der Krämpfe sah, ist ja in unseren Zeiten kein seltener Glaubensartikel. Halmer (1799) liess bei einer Hysterika, bei der er diese vermuthete, jeden Morgen oder Abend ein Stückchen Talglicht oder Speck in den Mastdarm stecken und nachher nachsehen, ob auch Maden daran sässen.

Interessant ist ein Bericht Hufeland's (1801) über eine psychische Epidemie in der Charité, bei der eine Hysterika 14 andere „Subjecte" mit ihren Krämpfen angesteckt hatte.

Sie wurden paarweise vertheilt und bei jeder Wächter angestellt, bis schliesslich auch die Wache, darunter zwei junge starke Mannspersonen, angesteckt wurde. Bemerkenswerth ist, dass Hufeland die Krämpfe, bei den verschiedenen Personen, obgleich sie offenbar ganz derselben Natur waren, nicht für identisch hielt: er spricht vom allgemeinen Tetanus, von epileptischen Anfällen, von Krämpfen, von Epilepsie und Lethargie, von Zuckungen und heftigen allgemeinen Convulsionen. Zeitweise mussten die jungen Damen von vier starken Männern gehalten werden.

Aus dem Jahre 1798 wird noch über eine „höchst räthselhafte Krankengeschichte" berichtet.

Eine sehr geistreiche Dame, die trotz der umfangreichsten Medikation in die kreischendsten Lachkrämpfe und ekstatischen Schlaf verfiel und alle Abende hellrothes Blut ausspie, hielt schliesslich in ihren Phantasieen höchst philosophische Gespräche. In ihrem lethargischen Schlafe konnte sie alle Personen durch die Berührung mit der Hand unterscheiden, dabei vollführte sie ein eigenthümliches Geräusch, das sich keiner erklären konnte. Erst nahmen die kundigen Medici an, sie vermöge es durch Aneinanderreiben der Ossa metatarsi oder Auseinanderspringen der Rückenwirbel hervorzurufen, schliesslich aber fand man sich damit ab, sie vermöge das Geräusch ausserhalb ihres Körpers hervorzubringen.

(Fortsetzung folgt.)

Einiges über Lithium carbonicum bei Epilepsie.

Von Dr. *Renninger*, Uchtspringe.

Vorstehende Arbeit soll einen Beitrag liefern, ob sich unter aufsteigenden Dosen von Lithium carbonicum*) eine Minderung der Zahl der Anfälle erzielen liesse.

Dasselbe wurde sowohl Leuten mit gleichbleibender Bromdosis, welche sie schon seit längerer Zeit hatten, als auch solchen, welche seit mehreren Monaten keine Arznei bekamen, in aufsteigender Folge verabreicht und zwar in Lösung. Die höchste Dosis, welche alle durchliefen, war 1,5 pro die, die niedrigere (Vordose) bis 1,0 pro die. Die Dosis 1,5 wurde mindestens 52 Tage, jede der Vordosen ca. 5 Wochen lang gegeben. Bemerkt sei, dass, da unter den Versuchspersonen auch Kinder bis zu 6 Jahren herab sind, obige Dosen als auf Erwachsene angegeben zu betrachten sind.

Dabei ergab sich folgendes: Es hatten 12 Epileptiker in den 52 Tagen mit der Lithiumdosis (1,5

*) Nach Krainsky sollte das aus Harnstoff gebildete carbaminsaure Ammonium die epileptischen Anfälle hervorrufen und durch Lithium carbonicum in carbaminsaures Lithium und kohlensaures Ammonium zerfallen, welch' letzteres, wenn es in geringer Menge erzeugt wird, ohne jeglichen Schaden durch Nieren, Lungen und Haut ausgeschieden würde. Das entstandene carbaminsaure Lithium zerfalle in Harnstoff und Lithiumcarbonat. (Zeitschrift für Psychiatrie Bd. 54.)

Die ätiologische Rolle des carbaminsauren Ammoniums wird auch in neuerer Zeit nicht anerkannt, z. B. Donath, Salgo, Neurolog. Central-Blatt 1904.



pro die) 137 Anfälle, in genau derselben Zeit ohne Lithium 132 Anfälle. In ähnlicher Weise war bei 3 Leuten, welche die höchste Dosis nur ca. 5 bis 6 Wochen hatten, die Zahl der Anfälle in der Zeit der höchsten Lithiumdosis ziemlich dieselbe, wie in der gleichen Zeit vor Lithiumeinsetzen. Dabei erfolgten die Anfälle durch die Zeiten mit Lithium ganz ähnlich wie ohne Lithium auch.

Betonen möchte ich hier, dass bei einem Kinde — oben nicht mitgezählt — weder während der höchsten Lithiumdosis, welche bei Erwachsenen 1,5 pro die entsprechen würde, noch während der einer vorhergehenden niedrigeren das Auftreten von einem Status durch Lithium verhindert wurde. Noch nach 6 Wochen erfolgte unter der höchsten Dosis ein solcher.

Die Combination von Brom und Lithium brachte einen Unterschied gegen Brom allein nicht.

Eiweiss und Zucker wurden nie bei den mit Lithium behandelten gefunden. Das Körpergewicht hält sich in ziemlich der gleichen Höhe sowohl bei Leuten mit als ohne Brom und stieg sogar bei manchen. Was das psychische Verhalten anlangt, so konnte eine Beeinflussung unter Lithium nicht gefunden werden.

Nach dem Aussetzen von Lithium schwanden weder die Anfälle noch trat Besserung ein. Noch nach 2 monatlichem Aussetzen von Lithium waren bei den Leuten in den folgenden 30 Tagen Anfälle nachweisbar, zum Theil gleich, zum Theil vermehrt, zum Theil etwas vermindert. Eiweiss und Zucker im Urin wurde auch in dieser Periode nicht gefunden.

Aus dem Gesagten erhellt also, dass von einer Heilung der Epilepsie nach mindestens ca. 3 monatlicher Dauer der Lithiumbehandlung in aufsteigenden Dosen sowohl bei Leuten mit als ohne Brom nicht die Rede sein konnte und dass Behandlung der genuin Epileptischen mit aufsteigenden Lithiumdosen im wesentlichen einen negativen Erfolg — wenigstens in diesen Dosen — ergab. Anderweitig von Binswanger gemachte Versuche mit Lithium gegen epileptische Anfälle brachten ebenfalls keinen Erfolg.

Mittheilungen.

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Fortsetzung.) Vorträge.

12. Näcke-Hubertusburg: Spätepilepsie im Verlaufe von chronischen Psychosen.

Solche zuerst 1896 durch Cristiani bekannt geworden (7 Fälle). Ein weiterer Fall von Maggia 1903. Sonst schweigt alles bis auf einige Andeutungen bei Clouston und Ziehen. Das Material des Vortragenden bestand aus 12 Personen: 6 M., 6 W. im Alte: von 38—76 Jahren. 4 Personen waren verheirathet. Sämmtliche hatten nur die Volksschule besucht (bis auf einen Fall). Die Anamnese über Erblichkeit, angeborne Anlage, Entartungszeichen etc. ganz ungenügend. In 11 Fällen handelte es sich um die Gruppe der Dementia praecox, sicher oder wahrscheinlich; 1 mal um Paranoia. Der Anstaltsaufenthalt belief sich auf 7—50 Jahre. Der 1. Anfall am häufigsten nach 6—15 Jahren Aufenthalt. Kein wesentlicher Unterschied gegenüber gewöhnlichen Krisen. Die epileptischen Anfälle häufiger, selten oder nur ein einziges Mal bei, 5 sie waren häufiger; stark oder gemischt mit leichten oder Schwindeln, während Schwindel allein, oder status epilepticus ganz fehlten und auch gehäufte Krisen seltener waren. Meist nachts. Intervalle gab es bis zu mehreren Jahren. Aura in vielleicht 1—2 Fällen da, die postepileptischen Phänomene dagegen häufiger, wenn auch meist nur kurz dauernd. Aequivalente vielleicht in 3—4 Fällen. Selbst häufige Anfälle erzeugten keinen Blödsinn, verschlimmerten auch nicht solchen. Die Prognose also nicht schlecht. Die Pathogenese ist ganz dunkel, Therapie meist nicht nöthig. Jedenfalls ist diese Art von Spätepilepsie abnorm selten.

Selbstbericht.

Discussion:

Pick macht seine Bedenken dagegen geltend, dass auf einen epileptischen Anfall hin (in 5 der Fälle) schon die Diagnose „Epilepsie" gestellt werde, wie dies schon Westphal vor Jahren gesagt.

Näcke weiss sehr wohl, dass manche einen einzigen Anfall nicht ohne weiteres als Epilepsie auffassen. In seinen Fällen war aber der Anfall ganz klassisch, so dass er keinen Anlass hatte, sie nicht als solche hinzustellen. Die französischen Autoren stehen zum Theil auf demselben Standpunkte.

13. Seelig-Lichtenberg: Ueber Wechselwirkungen zwischen Alkoholismus und der Entwicklung chronischer Psychosen.

Unter Zugrundelegung des grossen Materials der Berliner Anstalt Herzberge prüft Vortr. die Frage über Wechselwirkungen zwischen Alkoholismus und der Entwicklung chronischer Psychosen. Einleitend wird die Wirkung der Alkohohlintoxication schon für das Manifestwerden bereits vorher bestehender Geistesstörungen betrachtet. Es ist dies von Wichtigkeit, weil in diesen Fällen die Aufnahme in die Anstalt häufig erst die Folge der dazu kommenden Alkoholexcesse und dadurch bedingter Conflicte mit den Polizeiorganen wird. Das Manifestwerden einer Paralyse, arteriosklerotischen Geistesstörung oder seniler Demenz nach alkoholisti-



schen Störungen und die beschleunigende Wirkung der letzteren ist bekannt. — Aehnlich wie bei Kopftrauma oder Epilepsie durch Complication mit Alkoholismus bildet sich nicht selten bei psychischer Disposition verschiedenster Art sozusagen ein multiplicatorisches Verhältniss aus. Meist führt erst das Product diese Individuen in die Anstalten und gewinnt dauernden Einfluss auf ihren Zustand. Beispiele liefern die Degenerirten, die Imbecilen, die Psychopathen. Hingewiesen wird auch auf das Verhalten hysterischer und neurasthenischer Zustände als Ursache und Wirkung des Alkoholismus (Phobien). Von Psychosen im engeren Sinne, bei denen sich besagte Wechselwirkungen nachweisen liessen, wurden solche aus der Gruppe der manisch-depressiven Zustände verschiedentlich beobachtet. In den Kreis der Betrachtung gezogen werden müssen auch viele der recidivirenden durch Alkohol hervorgerufenen Dämmerzustände und der Bewusstseinsstörungen infolge Alkoholvergiftung im Sinne Moeli's. In den Fällen, bei denen es zur Systematisirung resp. Wahnbildung kommt, lassen sich, wie Wernicke für die Prognose der Hallucinosen hervorhebt, fast stets anamnestisch hereditäre Belastung oder psychisch disponirende Momente eruiren. Erwähnt werden ferner Fälle, wo bei chronischen Trinkern zeitweise systematisirte Wahnideen in gleicher Weise auftraten, die zugleich mit alkoholistischen Symptomen und nach Alkoholmissbrauch zur Erscheinung kamen. (Es erscheint fraglich, ob diese Ideen in der Zwischenzeit gänzlich verschwinden). Ausser den bekannten Formen der chronischen Wahnbildung wurden auch, unter anderen, Fälle beobachtet, die dem typischen Querulantenwahn (ohne Sinnestäuschung) gleichen. Endlich kamen auch Fälle mit Symptomen aus der Gruppe der Katatonie oder dementia praecox zur Beobachtung, bei denen Alkoholismus als ätiologischer Faktor nicht bezweifelt werden konnte. Das Resumé und die Schlüsse, die Vortr. des Weiteren aus seinen Beobachtungen zieht, sind folgende:

„Falls einer Bezeichnung nach der Aetiologie Werth beigelegt wird, empfiehlt es sich dort von alkoholistischen Psychosen zu reden, wo der Alkoholismus bei der Genese eine hervorragende Komponente gewesen ist.

Bei der Entstehung der meisten atypischen und vielen chronischen Erkrankungen der Gewohnheitstrinker ist ein individueller psychotischer Factor bemerkbar, der mit dem chronischen Alkoholismus in Wechselwirkung tritt. (Es steht dies im Einklang mit ähnlichen Wirkungen bei manchen anderen äusseren ätiologischen Momenten).

Bezüglich der Prognose ist zu entnehmen, dass die nichtalkoholische Komponente schon für resp. gegen die Durchführbarkeit der Abstinenz und in diesem Sinne wirksam sein kann. Aber auch ohne Alkoholzufuhr ist diese Komponente zur Bewerthung der weiteren Krankheitserscheinungen heranzuziehen.

Die Thatsache, dass bei den geschilderten Krankheitszuständen in der Regel eine Wechselwirkung zwischen Disposition oder individueller Anlage und Alkoholismuss vorliegt, ist in den Fällen zu berücksichtigen (z. B. bei Ehescheidungen, Kassen- und Unterstützungsfragen, zweifelhafter strafrechtlicher Verantwortlichkeit), wo ein durch Trunkfälligkeit entstandener pathologischer Zustand noch als durch eigenes Verschulden hervorgerufen, angesehen wird."

14. Heilbronner-Utrecht: Ueber Haftenbleiben und Stereotypie. Als Haftreactionen definirt Verf. Fehlreactionen, bei denen der Kranke auf eine Aufgabe so reagirt, wie er es bei einer früheren Aufgabe richtig gethan hat oder hätte thun sollen. Wenn das Symptom bei Aphasischen auftritt, ist es stets als durch Ausfall bedingte Störung aufzufassen; schwieriger ist die Deutung bei Psychosen. Vortr. hat zur Klärung des Streites versucht, die Reactionen auf Aufgaben von verschiedenem Schwierigkeitsgrade zu prüfen: war für das Auftreten der Haftreaction die besondere Intensität der haftenden Vorstellung ausschlaggebend, so war eine Beeinflussung durch die Schwierigkeit der Aufgabe nicht zu erwarten; andernfalls mussten sich wenigstens gewisse Beziehungen zwischen Häufigkeit der Haftreaction und Schwere der Aufgabe erkennen lassen. Die Versuche wurden vornehmlich in postepileptischen Zuständen angestellt. Wurden einigermaassen seltenere Gegenstände im Bilderbuche gezeigt, so trat Haftenbleiben auf, einfache Gegenstände wurden richtig bezeichnet. Beim Vorlegen der vom Verfasser beschriebenen Bildchenserien erfolgte häufig bei den ersten (unvollständig gezeichneten) Haftenbleiben, bei den späteren (voll ausgeführten) richtige Bezeichnung. Als haftende Vorstellung trat häufig eine weit zurückliegende Reaction wieder auf, sie wurde keineswegs besonders prompt, sondern ebenso mühsam und langsam gefunden wie die richtigen. Bei Associationsversuchen an Paralytikern und im epileptischen Stupor traten Wiederholungen bei Reactionen auf schwere Reizworte (Abstracta) auf, während sie bei leichten (Concreta) fehlten; auch die sinnlosen Widerholungen in schweren Zuständen traten zunächst wieder bei Abstractis ein. Hiernach besteht thatsächlich eine Abhängigkeit der Haftreactionen von der Schwierigkeit der Aufgabe. Die Unfähigkeit zur Vollziehung der richtigen Reaction stellt eine, aber nicht die einzige Bedingung des Haftenbleibens dar. Ausser etwaiger Benommenheit scheint die Tendenz bestimmend zu wirken, statt einer richtigen überhaupt eine Reaction hervorzubringen und damit zusammenhängend die Unfähigkeit, die Schwierigkeit der Aufgabe zu beurtheilen. Vortr. glaubt annehmen zu dürfen, dass das Haftenbleiben an sich den Schluss auf einen Ausfall rechtfertigt; die Ermüdung allein führt im ungeschädigten Gehirn nicht zum Haftenbleiben, sondern zum Versagen oder anderen Störungen. Bezüglich des Verhältnisses des Haftenbleibens zur Stereotypie, speciell zur Verbigeration sind die Ansichten der Autoren ebenfalls widersprechend. Bei der Verbigeration kann von einer Reaction und demnach auch von einer falschen Reaction vielfach gar nicht gesprochen werden. Trotzdem kann Vortr. nicht annehmen, dass der Stereotypie das Merkmal der Unbeeinflussbarkeit im Gegensatze zum Haftenbleiben zukäme. Manchmal wiederholt der gleiche Kranke dieselben Vor-



stellungen bald verbigeratorisch, bald perseveratorisch; die Differenz besteht darin, dass das erstere einen Rededrang zur Voraussetzung hat; zur Stereotypie kommt es da, wo Bewegungs- bezw. Rededrang sich unter Bedingungen entwickelt, die zum Haftenbleiben zu führen geeignet sind. Ob zwischen dem zum Haftenbleiben führenden Ausfall und dem Rededrang ein genetischer Zusammenhang besteht, ob Haftenbleiben auch bei Regungslosigkeit den stabilen Stereotypien, der Flexibilitas eine Rolle spielt, soll später untersucht werden.

Discussion:

Pick weist auf die practische Bedeutung solcher scheinbar fernab liegender Untersuchungen hin.

Neisser stellt zu seiner Befriedigung fest, dass der Vortr. bezüglich der Entstehung der Verbigeration zu einer mit der seinigen übereinstimmenden Ansicht gelangt ist. Schon vor 16 Jahren sprach N. aus, dass bei diesem Phänomen specifische Hemmungen, die sich dem Rededrange entgegenstellen, einen formgebenden Einfluss besitzen müssen. Auch bezüglich der, damals noch unbekannten, Perseveration hat er geäussert, dass es jedenfalls leichter sei, die gleiche Innervation zu wiederholen, als sie durch eine andersartige zu ersetzen. Die grosse Bedeutung, die der Perseveration zukommt, ist N. zuerst beim Studium von Schriftproben Aphasiker und Paralytiker aufgefallen; in den Arbeiten von Erlenmeyer, Bastian u. a. finden sich solche Störungen, die ohne Berücksichtigung der Perseveration gar nicht zu erklären, den Autoren aber entgangen sind. — Im Jahre 1896 hat N. auf dem Münchener Psychologencongresse den Vorgang des Andauerns und Dominirens bestimmter Vorstellungen unter pathologischen Bedingungen (Wernicke's überwertige Ideen) zu der Perseveration in Beziehung gebracht. Zu erinnern wäre ferner an die Unfähigkeit mancher Kranker, besonders Paralytiker, zur Lösung und Aufhebung einer begonnenen Bewegung (Festklammern beim Händedruck). Die reinste und typischste Ausprägung der Perseveration findet man bei frischen Herderkrankungen, besonders bei motorischen Aphasien. Solche Fälle zeigen im Zusammenhalt mit den Beobachtungen bei Psychosen, dass Verbigeration und Perseveration ganz verschiedenartige Dinge sind; auch wenn die symptomatische Differenzirung oft Schwierigkeiten macht, hält N. doch an der Unterscheidung fest. Schliesslich haben einige Versuche N's bei epileptischen Dämmerstunden zu ähnlichen Resultaten wie die des Vortr. geführt.

Auf Bemerkungen von Herrn Neisser und Moeli erwidert Herr Heilbronner, dass eine Begünstigung der letztabgelaufenen Vorstellungen auch im normalen Zustande stattfinde; strittig sei nur die Frage, ob die besondere Begünstigung unter gewissen krankhaften Zuständen auf einen Ausfall zurückzuführen sei. Das Vorkommen von Flexibilitas cerea bei Asymbolie infolge von Herderkrankungen ist sicher; bemerkenswerth ist hierbei die geringe Neigung (aber nicht Unfähigkeit) der Kranken, sich in die Hände gelegter Gegenstände wieder zu entledigen.

15. Hübner (Lichtenberg-Berlin): Untersuchungen über die Erweiterung der Pupillen auf psychische und schmerzhafte Reize.

Vortr. untersuchte mit der Vestienschen Lupe bei 7 Meterkerzen Beleuchtung unter Ausschaltung von Accommodation und Convergenz. Er fand bei Geistesgesunden regelmässig nur eine Erweiterung der Pupillen und zwar sowohl auf einfache Fragen, als auch dann, wenn er die Aufmerksamkeit der zu Untersuchenden auf helle Gegenstände lenkte bezw. ihnen aufgab, sich solche vorzustellen.

An 12 geistesgesunden Frauen fand er nach Alkoholgenuss (1/2 Fl. Rothwein oder 2—3 Fl. Bier) den Lichtreflex nie verändert, die Reaction auf psychische Reize nur in 2 Fällen ganz leicht gesteigert. Vortr. glaubt nicht, dass diese beiden Fälle zu irgend welchen Schlüssen berechtigen.

Bei 3 von 6 Studenten, die regelmässig Alkoholexcesse begingen, stellte er bei bestimmter Anordnung des Versuches nach Genuss von 6—8 Fl. Bier eine erhebliche Steigerung sowohl des Lichtreflexes, wie der sensiblen und Psychoreaction fest. Auch bei den 3 übrigen war eine, allerdings nicht ganz so deutliche, Steigerung vorhanden.

Die 3. Gruppe von in der Alkoholintoxication Untersuchten recrutirte sich aus dem zur Aufnahme in die Anstalt Herzberge gelangenden Material. Entsprechend dem Umstande, dass diese Fälle in der letzten Zeit vor der Aufnahme dauernd unter Alkohol gestanden hatten, machte sich die lähmende Wirkung dieses Giftes sowohl auf psychischem, wie auf dem Gebiete der hier besprochenen Reactionen (einschl. des Lichtreflexes) in erster Linie geltend.

Von den bei Geisteskranken erhobenen Befunden hebt Vortr. diejenigen bei Dementia praecox besonders hervor. Dieselben stimmen mit den von Bumke bereits publicirten völlig überein. Abweichend von dem gen. Autor stellt er fest, dass bei Imbecillen die psychische Reaction nur ganz selten fehlt. Er fand sie in 7 von 8 Fällen erhalten.

Schliesslich geht Vortr. noch auf die Beziehungen der Reaktionen zum Lichtreflex und zur Pupillenweite ein. Er betont, dass er ein Abhängigkeitsverhältniss zwischen diesen Factoren sicher nachweisen konnte und begründet seine Behauptung ausser mit den angeführten Alkoholversuchen mit Befunden bei traumatischen Psychosen, bei denen sich in 3 von 5 Fällen eine Steigerung aller Reactionen zeigte.

Vortr. schliesst aus seinen Untersuchungen, dass man das Fehlen der sensiblen und Psychoreaction differentialdiagnostisch verwerthen könne. Dem festgestellten Zusammenhang zwischen Lichtreflex, Pupillenweite, sensibler und Psychoreaction misst er hohe Bedeutung für die Erklärung der Phänomene bei und stellt weitere, ausführlichere Mittheilungen hierüber in Aussicht. (Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Referate.

— Cassirer: Die multiple Sklerose Leipzig 1905. Konegen. (43 S.)

In klarer, knapper und dabei doch erschöpfender Weise ist das gesammte klinische Bild dieser Er-

krankung dargestellt. Der pathologischen Anatomie sind sechs erläuternde Abbildungen im Texte beigegeben. Die kleine Schrift wird dem Praktiker ein willkommener Berather sein.

Horstmann-Treptow a. Rega.

— C. G. Jung: Zur Psychologie und Pathologie sogenannter occulter Phänomene. Leipzig, Mutze, 1902.

Gestützt auf eine klare Darstellung und kritischer Analyse zweier gut beobachteter Fälle von Somnambulismus, sucht Jung die occulten Phänomene, wie Visionen, Hemisomnambulismus, Automatismen, Spaltung der Persönlichkeit, Kryptamnesie, pathologische Mehrleistuug u. s. w., dem Verständniss des Arztes und Psychologen näher zu bringen. Angesichts der Vernachlässigung, die deutsche Autoren im Gegensatz zu den französischen jenem Forschungsgebiet gegenüber zeigten, verdient die scharfsinnige Studie weitgehende Beachtung bei unseren Fachgenossen.

Weygandt-Würzburg.

— Georg Förster: Ueber Myoklonie bei Epileptikern. Leipziger Inaug.-Diss. 1903.

Auf Anregung Bresler's hat F. 2 Fälle anschaulich geschildert und daran Erörterungen über Aetiologie, Differentialdiagnose, Prognose, Therapie und pathologische Anatomie geknüpft.

Weygandt-Würzburg.

— Lundbory, Privatdocent der Psychiatrie und Neurologie in Upsala: Die progressive Myoklonus-Epilepsie (Unverrichts Myoklonie), Upsala 1903.

Nach einer Uebersicht über die Entwicklung des erst Anfangs der 80er Jahre geprägten Myoklonie-Begriffs geht L. auf die Muskelzuckungen der Epileptiker im intervallären Stadium ein. Hier wäre Beachtung der Sommer'schen Zitterbewegungen Epileptischer zu empfehlen. Unter eingehender Verwerthung der kasuistischen Litteratur sowie selbstbeobachteter Fälle schildert die Monographie anschaulich den Verlauf, die Symptomatologie, die Differentialdiagnose und die ursächlichen Momente des Leidens. Myoklonie scheint auf Veränderungen der Zona rolandica der Grosshirnrinde beruhen zu können. Solche Patienten haben wohl ein kongenital schwach angelegtes Nervensystem. Dazu muss eine weitere Schädlichkeit kommen, die L. in einer allmählich hervortretenden Parathyreoidea-Insufficienz vermuthet.

Weygandt-Würzburg.

— H. Starck: Neurologie und Chirurgie. Leipzig 1904. Konegen.

Eine Uebersicht über die chirurgischen Eingriffe bei Erkrankungen des Nervensystems in grossen Zügen. Die Fortschritte in der Behandlung der Lähmungen (Sehnenüberpflanzungen, Nervenüberpflanzungen etc.) werden gewürdigt, auch die operativen Eingriffe bei Epilepsie und beim Basedow hervorgehoben. Auffälliger Weise wird die chirurgische Behandlung der Trigeminusneuralgie (Exstirpation des Ganglion Gasseri) nicht erwähnt.

Horstmann-Treptow a. Rega.



Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Karl Wernicke.

Am 15. ds. Mts. ist in Erfurt der Direktor der psychiatrischen Klinik in Halle a. S., Herr Geh. Medicinalrath Professor Dr. Karl Wernicke, welcher tags zuvor auf einer Radtour durch das wilde Gerathal in der Nähe von Dörrberg b. Ilmenau schwer verunglückte, seinen hierbei erlittenen Wunden erlegen. Der so plötzlich Dahingeschiedene gerieth unter ein Lastfuhrwerk und zog sich hauptsächlich äussere Verletzungen an der Brust, mehrere Rippenbrüche und Verletzungen am Kopfe zu.

Herr Geheimrath Wernicke ist am 15. Mai 1848 in Tarnowitz geboren, er habilitirte sich 1875 in Berlin, 1885 wurde er ausserordentlicher und 1890 ordentlicher Professor in Breslau. Im Jahre 1904 wurde er als ordentlicher Professor und Vorsteher der Nervenklinik an die Hallesche Universität berufen und zur gleichen Zeit zum Geheimen Medicinalrath ernannt.

Ehre seinem Andenken!

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 13. 24. Juni. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 18.)

Mitgetheilt von Sanitätsrath Dr. *Gerstenberg*, Hildesheim.

Entscheidung des I. Senats des Königlichen Oberlandesgerichts in Celle, verkündet am 17. Febr. 1905, in Sachen der Ehefrau des Zimmergesellen A. J. N., Klägerin und Berufungsklägerin gegen den Zimmergesellen A. J. N., früher in N., jetzt in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim.

Die Berufung der Klägerin gegen das am 18. Oct. 1904 verkündete Urtheil der Civilkammer I des Königlichen Landgerichts in Aurich wird zurückgewiesen, die Kosten des Rechtsmittels werden der Klägerin auferlegt.

Thatbestand.

Die Klägerin hat gegen das vorgedachte Urtheil Berufung eingelegt und beantragt,

das angefochtene Urtheil aufzuheben und der Klage gemäss zu erkennen.

Die Klägerin hat das angefochtene Urtheil sowie die Beweisaufnahme erster Instanz vorgetragen und zur Berufung gemäss dem Schriftsatze vom 27. Nov. 1904 verhandelt. Der Beklagte ist weder in dieser Instanz noch in erster Instanz vertreten gewesen.

Gründe.

Die Klägerin begehrt Ehescheidung wegen Geisteskrankheit des Beklagten. Nach § 1569 B. G. B. kann ein Ehegatte auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen ist. Dass der Beklagte in Geisteskrankheit verfallen ist und dass die Krankheit während der Ehe mindestens drei Jahre gedauert hat, kann nach dem Gutachten des Sanitätsraths Dr. Gerstenberg in Hildesheim nicht zweifelhaft sein, es fragt sich nur, ob die Krankheit einen solchen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben ist, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung ausgeschlossen ist. Das Berufungsgericht glaubt dies mit dem Gericht erster Instanz verneinen zu müssen.

Der Beklagte ist durch Beschluss des Amtsgerichts Norden vom 10. März 1899 wegen Geisteskrankheit entmündigt und befindet sich seit dem 5. März 1900 in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt zu Hildesheim, er hat sich dort von Anfang an ruhig verhalten, hat keinerlei Aufregungszustände gezeigt, ist durchaus willig und mit Allem zufrieden gewesen, so dass er seit Januar 1902 in der Irrenkolonie in Einum verpflegt und mit ländlichen Arbeiten beschäftigt wird, er bedarf hierbei jedoch der Aufsicht, da er sonst träumt und Thorheiten macht, z. B. gern Wasser durch die Löcher der Hobelbank giesst oder Eimer voll Wasser an einen Baum, er ist freundlich, lacht vielfach, spricht auch vor sich hin und redet meistens nur, wenn er gefragt wird, bei den Antworten schweift er aber mit seinen Gedanken ab und redet wirr. Die Form der Geisteskrankheit des Beklagten ist eine auf schwachsinniger Basis entstandene Paranoia. Bei der Untersuchung durch den Sanitätsrath Dr. Gerstenberg am 24. Mai 1904 hat der Beklagte sich über seine persönlichen Verhältnisse leidlich orientirt gezeigt und ist keineswegs eine bedeutende Schwächung des Gedächtnisses und der Erinnerung an die Vergangenheit zu constatiren gewesen, er hat noch Interesse für seine Familie bewiesen, und Dr. Gerstenberg hat den Eindruck gewonnen, dass er seine Frau noch liebt; auf die Frage danach hat er geantwortet, dafür sei man ja verheirathet, er hat den Wunsch ausgedrückt, seine Frau möge ihn mit den Kindern einmal besuchen, und er müsse

auch wieder zu seiner Frau hin. Auf die Aufforderung, etwas zu schreiben, hat er ohne besondere dahingehende Anregung den Zettel Bl. 28 der Acten geschrieben, welcher lautet: „Liebe Frau und Kinder kann Dir mittheilen, dass ich das munter und gesund bin, was ich auch von Euch hoffe." Und die Mittheilung, seine Frau wolle sich von ihm scheiden lassen, hat ihn sichtlich erregt. Allerdings sind diese Aeusserungen des Beklagten über seine ehelichen und Familienverhältnisse mit vielen wirren Reden vermischt gewesen, in denen sich allerlei Wahnideen recht schwachsinnigen Characters kundgegeben haben, und hat das Interesse für seine Familie erst durch Fragen ans Licht gezogen werden müssen, da er für gewöhnlich nicht von seiner Frau und Kindern spricht, immerhin glaubt der Sachverständige nicht, dass von einem Aufgehobensein der geistigen Gemeinschaft unter den Ehegatten bei dem Beklagten gesprochen werden könne. Das Gericht glaubt dem beitreten zu müssen.

Ein Fortbestehen der geistigen Gemeinschaft zwischen den Ehegatten kann zwar nicht schon daraus gefolgert werden, dass der Beklagte sich noch bewusst ist, verheirathet zu sein, wohl aber kann man sie dann nicht für aufgehoben erachten, wenn der Beklagte noch in Liebe an seiner Frau und seinen Kindern hängt und deshalb bei dem Gedanken einer ihm drohenden Scheidung in sichtliche Erregung geräth. Was unter Aufhebung der geistigen Gemeinschaft zu verstehen ist, darüber bestehen erhebliche Meinungsverschiedenheiten, eine Beeinträchtigung der geistigen Gemeinschaft d. h. des Bewusstseins der durch die sittliche Grundlage der Ehe begründeten gegenseitigen Rechte und Pflichten und des dementsprechenden gemeinschaftlichen Denkens und Fühlens wird in grösserem oder geringerem Grade fast bei jeder Geisteskrankheit vorliegen, und es kann auch eine grössere Beeinträchtigung nicht genügen zur Scheidung der Ehe, sondern dazu ist nach dem § 1569 B. G. B. die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft erforderlich. Ob wirklich eine Aufhebung vorliegt, ist nur nach den concreten Verhältnissen jedes einzelnen Falles zu entscheiden, und im vorliegenden Falle kommt dafür in Betracht, dass die geistigen Fähigkeiten und Interessen des Beklagten von Jugend auf sehr geringe waren, er hatte ein menschenscheues, schweigsames Wesen und neigte zum Grübeln und Träumen. So war der Beklagte bei Eingehung der Ehe; sein Zustand verschlimmerte sich dann namentlich in Folge der Angst und Sorge bei einer schweren Krankheit seiner Frau und er selbst hat dem Sanitätsrath Dr. Gerstenberg bei der jetzigen Untersuchung angegeben, dadurch sei er so heruntergekommen, er habe sich Gedanken wegen seiner Kinder gemacht. Demnach kann man nur sagen, dass die geistige Gemeinschaft zwischen dem Beklagten und seiner Ehefrau, die in Folge seiner geringen Intelligenz und seines grübelnden, träumerischen und schweigsamen Wesens immer nur auf niedriger Stufe stand, durch Verschlimmerung seines Geisteszustandes noch mehr getrübt, nicht aber, dass sie aufgehoben ist. Die Verschlimmerung des Geisteszustandes des Beklagten, woran dieser nach der Beweisaufnahme gar keine Schuld trägt, ist eine Krankheit, die die Klägerin als Ehefrau, welche Freud' und Leid mit ihrem Ehemann zu theilen hat, tragen muss, wie sie auch schwere körperliche Krankheit zu ertragen haben würde.

Der beantragten Beweiserhebung darüber, dass Beklagter seit 1½ Jahren keinen Brief an Klägerin geschrieben und auch in der Anstalt von seiner Frau und seinen Kindern wenig oder gar nicht gesprochen habe, bedurfte es nicht, da der Beklagte des Schreibens offenbar wenig kundig ist und ihm in Folge dessen der Gedanke an brieflichen Verkehr mit seiner Frau fern liegt, diese auch nicht behauptet, dass sie ihrerseits einen brieflichen Verkehr angeregt habe, und da bei dem menschenscheuen schweigsamen Wesen des Beklagten daraus, dass er in der Ansatlt den Wärtern gegenüber nicht oder wenig von seiner Frau und seinen Kindern gesprochen hat, keineswegs folgt, dass er nicht in Gedanken sich häufig mit Frau und Kind beschäftigt hat.

Demnach war die Berufung der Klägerin als unbegründet zurückzuweisen unter Belastung der Klägerin mit den Kosten des Rechtsmittels gemäss § 97 Z. P. O.



Zur Entwickelung der deutschen Psychiatrie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Osnabrück.

(Fortsetzung.)

Dass der bekannte Dichter Kotzebue das Opfer der klinischen Krankheitsdarstellung geworden ist und selbst in die Arena der medicinischen Literatur herabsteigen musste, dürfte wohl wenig bekannt sein. Ein Unbekannter hatte in Röschlaub's Magazin zur Vervollkommnung der Heilkunde eine völlig erdichtete Krankengeschichte veröffentlicht, die Kotzebue durchgemacht haben sollte und die ihn als Hypochonder darstellte. Voll heiliger Entrüstung erklärte Kotzebue (1801. II. S. 149), dass alle Symptome, die man ihm nachsagte, erstunken und erlogen seien, nur um den Ruhm der Browinschen Methode, die damals auf ihrem Zenithe stand, zu erhöhen.

Die anatomischen Befunde bei Psychosen aus jener Zeit sind recht kümmerlich. Wehmüthig klagt Behrend, als er 1801 „eine merkwürdige Krankheit des Gehirns" beschreibt:

„Selten kann sich der Zergliederer ausführlich über das vergangene körperliche und geistige Leben des vor ihm liegenden Leichnams verbreiten." Bei einem Manne, der einen melancholischen Zustand durchgemacht hatte, fand er ausser Verwachsungen der Dura mit der Pia und zwei Knöchelchen im Längsblutleiter eine Höhle im Sehhügel, die er als die Ursache des Wahnsinns ansah.

Ein anderer College, der bei der Section 1799 überhaupt zu keinem Resultate gekommen war, jammert tief resignirt:

„Ach, wie viele unserer Lieben rafft der Tod dahin, wo vorher Krankheiten vorausgegangen, deren mystisches Gewand den besten mit allen semiotischen Kenntnissen ausgerüsteten Diagnostiker irre führen konnte."

Die Ausbeute ist schon deshalb sehr gering, weil man die Ursache der psychischen Krankheiten nicht immer im Gehirn, sondern in anderen Körperorganen suchte und folgerichtig daher, wenn es überhaupt zur Section von Geisteskranken kam, auf die Gehirnsection verzichtete. So in der interessanten Sectionsgeschichte Naumburg's (1797) „eines mit Hypochondrie und Hämorrhoiden Behafteten", bei dem nur festgestellt werden konnte, dass die Vena portae sehr dick und ausgedehnt war. Ausser der ziemlich kümmerlichen Schilderung über einen inneren Wasserkopf (Neggenfind 1804) und einem Wahnsinn, der mit Leberfehlern verbunden war (1797), ist im ganzen Zeitraume von 1796—1810 die Behandlung der Gall'schen Schädel- und Gehirnlehre*) das einzige, was in dies Gebiet hineinschlägt. Der Gegenstand ist so bekannt, dass auf die ausführlichere Darstellung verzichtet werden kann.

Unter den Ursachen, auf die man damals die Geisteskrankheiten zurückführte, fühlt man sich mehr zu Hause, wenn uns auch manche ätiologischen Factoren fremdartig berühren. In den Statistiken der Charité figurirten unter dieser Rubrik folgende 9 Haupt- und Generalursachen:

1. Anhaltende Anstrengungen des Geistes.
2. Häufiger Beischlaf, Selbstbefleckung.
3. Kopfverletzungen.
4. Phantastische Liebe und Stolz.
5. Anhaltende Kopfschmerzen und Schwindel.
6. Missbrauch geistiger Getränke.
7. Hypochondrische und hysterische Disposition, Empfindlichkeit und Delikatesse des Nervensystems.
8. Organische Structurveränderungen im Gehirn.
9. Ohnmachten, Convulsionen und habituelle Epilepsie.

Auch über den Einfluss der Menstruation auf die Psychosen war man wohl orientirt. Weniger bekannt dürfte es sein, dass Wolff (1800) über eine acute Psychose berichtet, die sich an eine schwere Influenza angeschlossen hatte, dem Anscheine nach eine halluzinatorische Verwirrtheit, die zur Heilung gelangte. Stütz glaubte, der Wahnsinn entstände wie Rheumatismus und ähnliche Krankheiten, wenn bei einer der Erzeugung der Krankheiten günstigen Constitution der Luft psychologische Schädlichkeiten auf einen schon vorher empfänglichen Körper einwirkten, vielleicht sei die Ursache in einer entzündungsartigen Beschaffenheit der inneren Gehirntheile zu suchen.

Wie schrecklich der Aberglaube wirkt, beschreibt 1808 Wendelstadt:

Eine Frau hatte im Wochenbette einer anderen etwas verliehen und fürchtete nun, jene sei eine Hexe und habe Macht über sie erlangt. „Sie blieb zurück in der Einsamkeit, jener furchtbaren Quelle schwarzer Wolken in des Menschen Seele bei kochendem Blute. Sie schuf aus kleinen Besorgnissen drohende Riesen und verrieth bald Raserey. Ihre Faseleyen begleitete sie mit schrecklichem Geschrey und suchte sich durch

*) Bischof: 1805. 21. III. 5. Darstellung der Gall-schen Gehirn- und Schädellehre.

*) Hufeland: 1805. 21. III. 114. Bemerkungen über Gall's Gehirnorganenlehre.

die unerhörtesten mystischen Ausdrücke, eigene abenteuerliche Formeln und Gebete gegen den Teufel zu wappnen, warf den Arzt, als wäre er ein Homunkulus, zu Boden, bannte ihn dann bis zum Morgen auf einen Stuhl und diktirte ihm ihre Hirngespinste in die Feder."

Ja, auch die damaligen Psychiater hatten es nicht leicht.

Dass man in Verdauungsstörungen eine Hauptursache psychischer Leiden sah, braucht bei den medicinischen Anschauungen jener Zeit nicht Wunder zu nehmen. So meinte dann auch Herschel, als er 1799 eine hysterische Psychose bei einer „eigentlichen" Bauerndirne sah, die ein ekelhaftes Lachen ausstiess und ganz ins Kindische fiel, dass gallichte Stoffe in den ersten Wegen die Ursache seien.

Nicht umsonst entleere man so häufig bei der Reinigung der ersten Wege stinkenden Unrath. Das Gesicht und Gehör leide sympathisch an diesen Unreinigkeiten: „Hier kommt der schlichte Nervenpatholog am besten fort, der in den Nerven und ihren Sympathieen, der Ort sei noch so entfernt, den Grund zu so sonderbaren und sich widersprechenden Erscheinungen im thierischen Körper findet. Auf alle Fälle wird der ächte praktische Arzt, der frei von aller Systemjagd ist und bloss als ein aufmerksamer Beobachter der Natur und ihres Spiels ans Krankenbett tritt, bekennen, dass wir bis itzt mit allem unserem Wissen von dem Grunde so vieler Erscheinungen in den Krankheiten sehr wenig Rechenschaft geben können und dass es für Arzt und Kranke weit vortheilhafter sey, so lange noch auf der alten einmal gemachten Bahn fortzuschreiten, bis die neue wohl und sicher geebnet seyn wird."

Von solchem Kleinmuth sind wir jetzt Gott sei Dank eben so weit entfernt wie von der Neigung, dem Bandwurm alles in die Schuhe zu schieben, „wir können uns nicht mehr überwinden, dass dieser Wurm solche Auftritte zu erregen imstande ist", wir „führen nicht mehr die kränklichen Zufälle und die unordentliche Bewegung des Nervensystems auf Würmer zurück."

Auch vor der „nicht gehörig ausgebildeten oder vielmehr unterdrückten Krätze" hatte man damals einen ganz anderen Respect.

Mit welcher Entrüstung berichtet Richter 1802 über einen jungen Mann, der eine Krätze vor Sonnenaufgang mit kaltem fliessenden Wasser gewaschen hatte und zur Strafe dafür eine Manie bekam; mit welcher Freude erzählt er dann wieder, wie glücklicherweise die Krätze wiederkam, die Raserey schied und der Pursche voll Reue über seine begangenen Streiche war.

Dass auch der unterdrückte Fussschweiss sich auf das Gehirn schlagen und dort die schlimmsten Verheerungen anrichten konnte, ist allmählich ganz der Vergessenheit anheim gefallen. Nur weil er ordentlich mit seiner Nase darnach ausspürte, erzielte Krügelstein (1810) grössere Erfolge als manche Aerzte, die er in sonstigen Dingen für seine Meister ansah. Glücklicherweise ist dieses Mittel, die Diagnose zu sichern, abgekommen.

Am merkwürdigsten aber muthet es uns an, dass 1806 Harcke sich in sehr langen Ausführungen darüber verbreitet, was für schädliche Wirkungen das Haarabschneiden habe.

Gewaltig schimpft er über die Mode, die sogar eine körperliche Verstümmelung gebiete und die leidige Sucht, als Kahlkopf einherzugehen und die Haarstoppel durch Benetzen mit Wasser, Bier oder gar Branntewein schlangenartig zu gewöhnen. Seitdem die têtes tondues an der Tagesordnung seien, seien es die Migrainen noch mehr. Mit seinem Bedienten liess er sich einen Schwedenkopf scheeren, beide bekamen am selben Tage Kopfschmerzen, die bei jeder Schur wiederkamen. Der Bediente wurde periodisch ganz dumm, bis die Borsten wieder den Haaren ähnlich wurden, der Autor selbst musste wegen der Kopfschmerzen Fett und Puder auf den Kopf thun. Einmal sah er nach dem Abschneiden der Haare sogar eine Raserey ausbrechen, jedenfalls infolge der plötzlichen Einwirkung der Luft auf die freiliegenden Nervenwärzchen und weil die Haare keine Elektricität mehr aufsaugen konnten. Kinder wurden dumm, weil durch den beständigen Aufwand von Kraft zur Reproduction des Haupthaars das Gehirn geschwächt wurde. Man sah diese kretinenähnlichen Menschen sich lange mit dieser furchtbaren Krankheit herumschleppen, natürlich konnte alle China- und Schwererde, wenn man auch mit ganzen Batterien gegen das Uebel losstürmte, nichts nützen. „Die Verbindung des Gehirns mit den Kopfhaaren verdient einige Aufmerksamkeit."

Auch Matthaei und Westphalen waren entschieden der Meinung, dass das frühzeitige Schneiden der Kopfhaare dem Gehirn schade und dass es unter den Kurzhaarigen mehr Dummköpfe gebe wie unter den Langhaarigen.

Ueber die Prognose sprach man sich auch damals gerade so vorsichtig und bedächtig aus, wie heutzutage. Nur darüber war man einig, dass gleichmässig und langsam verlaufende Psychosen die schlechteste Heilaussicht hätten.

Ab und zu werden die Tafeln Pinel's*) citirt, nach denen man einigermassen den Ausgang der Psychosen berechnen zu können glaubte, im wesent-

*) Beobachtungen und Tafeln, um den Grad der Wahrscheinlichkeit eines glücklichen Erfolges bei der Heilung von Gemüthskrankheiten zu bestimmen.

Auszug aus einer Abhandlung im Journ. de Phys. de Chimie et d'Histoire naturelle. Sept. 1808.

Hufeland, 1809. B. 29. II. S. 31.



lichen statistische Zusammenstellungen aus der Salpetrière. Pinel scheint übrigens Möbius vorgeahnt zu haben, denn er wirft die Frage auf, ob das weibliche Geschlecht nicht zur früheren Verstandesverwirrung neige, wie das männliche. Er erzielte angeblich nicht weniger als 47 % Heilungen. Bemerkenswerth ist auch, dass es Pinel gelang, das Schicksal der angeblich Geheilten für lange Zeit nach ihrer Entlassung aus der Anstalt zu verfolgen.

Die forensische Seite der Psychiatrie kommt so gut wie gar nicht zur Besprechung. Einmal wird von der Bedeutung der Anglomanie des Selbstmordes, der meist auf Rechnung der Melancholie zu setzen sei, gesprochen. Bei der „Beschreibung des neu angelegten Zucht- und Zwangsarbeitshauses zu Zerbst, in medicinisch-polizeilicher Hinsicht", berichtet Henning (1809), dass sich unter den 103 Züchtlingen auch 2 Epileptische, 2 Blödsinnige und 6 Hysterische befanden. Und über die Simulation äussert sich 1801 Krüger mit den bekümmerten Worten:

„Nach den verschiedenen Zwecken, die derjenige, der eine Krankheit simulirt, beabsichtigt, wird er durch mehrere Schlauheit und List den unvorsichtigen leichtgläubigen Arzt in seinem Irrthume leicht irreführen und wenn dieser nicht Gelegenheit hat das Ende der Scene abzuwarten, so bringt er, beharrend in seinem gefassten Urtheile, dieses zur Notiz des Publikums, dessen Dünkel nicht so leicht wieder auszulöschen ist."

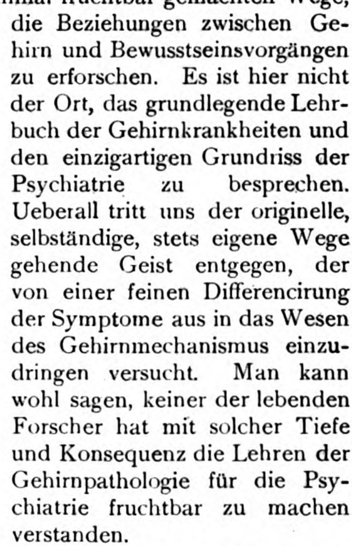
Ganz andere Raummengen sind dagegen der Therapie gewidmet und darin besteht ein entschiedener Gegensatz gegen unsere Zeit. Man plagte sich nicht viel mit spitzfindigen Diagnosen ab, man ging ohne weiteres vielmehr der Krankheit energisch zu Leibe.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— Dem auf so traurige Weise seiner Familie, seinen Freunden und der Wissenschaft entrissenen **Carl Wernicke** widmet Professor Dr. Bonhoeffer in Breslau in der „Schlesischen Zeitung" (18. 6. 05) folgenden Nachruf: „. . . Mit ihm ist ein Forscher dahingegangen, dessen Name unvergessen bleiben wird, so lange der Bau und die Funktionen des menschlichen Gehirns die Wissenschaft beschäftigen werden. . . . Im Alter von 26 Jahren hat er als Assistent des hiesigen Allerheiligenhospitals der wissenschaftlichen Welt eine Arbeit übergeben, die seinen Namen seitdem den allerersten Gehirnforschern an die Seite stellt. Er lieferte damals den Nachweis, dass der Sprachvorgang an zwei verschiedene Gehirnterritorien gebunden ist und dass das Sprachverständniss die Unversehrtheit einer bestimmten Stelle des linken Schläfenlappens zur Voraussetzung hat. Seinem starken Kausalitätsbedürfniss entsprechend, hat er sich nicht mit der Auffindung dieser Erscheinung begnügt, sondern an der Hand seiner Beobachtungen vertiefte er die klinische Kenntniss des Sprachvorganges in einer Weise, die grundlegend für die Forschung der nächsten Jahrzehnte geworden ist. Diese Jugendarbeit Wernickes wird mit Recht von der ausländischen Literatur als ein Standard work bezeichnet. Der weitere wissenschaftliche Lebensgang Wernickes ist ein geradezu klassisches Vorbild konsequenten Fortschreitens auf dem einmal fruchtbar gemachten Wege, die Beziehungen zwischen Gehirn und Bewusstseinsvorgängen zu erforschen. Es ist hier nicht der Ort, das grundlegende Lehrbuch der Gehirnkrankheiten und den einzigartigen Grundriss der Psychiatrie zu besprechen. Ueberall tritt uns der originelle, selbständige, stets eigene Wege gehende Geist entgegen, der von einer feinen Differencirung der Symptome aus in das Wesen des Gehirnmechanismus einzudringen versucht. Man kann wohl sagen, keiner der lebenden Forscher hat mit solcher Tiefe und Konsequenz die Lehren der Gehirnpathologie für die Psychiatrie fruchtbar zu machen verstanden.





Schärfe der Beobachtung, eine sorgfältig ausgearbeitete Untersuchungstechnik, verbunden mit einer grossen Energie in der Verfolgung des vorschwebenden Gedankens, machten ihn ganz von selbst zu einem eminenten Lehrer für seine jungen Fachgenossen und den psychiatrisch interessirten Studenten. Er gab wohl kaum je direkte wissenschaftliche Anregungen. Wer ihn aber untersuchen und den ihn beschäftigenden Problemen am Krankenbette nachgehen sah, fand dadurch reichen Gewinn und vielfache

Anregung. So machte er Schule, ohne dass er danach strebte. Die Wissenschaft galt ihm alles und in schroffer Form konnte er sich gegen Oberflächlichkeit und Scheinwissenschaft wenden.

Es ist selbstverständlich, dass eine so ausgesprochene Individualität auch im gewöhnlichen Leben zum Ausdruck kommen musste. Wie in der Wissenschaft ein Feind der Kompromisse, war er es auch im Leben. Klar und ohne Umstände seinen Standpunkt zur Geltung bringen zu müssen, lag tief in seiner Natur begründet. . . ."

— Schon gelegentlich des Congresses für Irrenfürsorge und familiäre Irrenpflege, welcher 1902 in Antwerpen abgehalten wurde, wurden herbe Klagen darüber laut, dass das **Irrenwesen Belgiens** nicht auf der Höhe sei. Die gewaltige Mehrzahl der Geisteskranken befand und befindet sich noch in geistlicher Leitung unterstehenden Anstalten, an denen die Aerzte nur eine Nebenrolle spielen. Als recht bedenklich wurde schon damals der Umstand bezeichnet, dass die Aerzte vom Unternehmer angestellt, abhängig und von ihm pro Kopf und Tag bezahlt werden. Marie, der selbst 1902 in dieser Zeitschrift (S. 325) hierzu das Wort nahm, machte noch besonders darauf aufmerksam, dass, während in allen andern Ländern die Zahl der in Irrenanstalten nothwendigen Zwangsmaassregeln abnimmt, in Belgien eine Zunahme stattfindet. Während des Congresses ereigneten sich zwischen den Anhängern der verschiedenen Richtungen heftige Zusammenstösse und besonders „Vater" Amadeus Stokmanns trat als ein warmer Vertheidiger der geschlossenen Anstalten Belgiens hervor.

Marie hatte auch auf dem Congresse und später von der Ausbeutung der Kranken durch eine „räuberische tote Hand" gesprochen und die pekuniäre Interessirtheit der geistlichen Orden, die fast ein Monopol der Irrenverpflegung in Belgien haben, an der Beibehaltung des bisherigen Zustands angedeutet.

Die Irrensache ist dort anscheinend auf ein rein politisches Gebiet hinübergespielt worden. Die klerikalen Cliquen, die hinter der Regierung stehen, haben nun einen neuen Erfolg erzielt, indem sie die Absetzung des verdienstvollen Direktors von Lierneux, Dr. De Peron, durchgesetzt haben Nach den Angaben des Petit Bleu (Brüssel, 7. bis 15. Mai) wurde gegen Jenen schon lange intrigirt, bis man den genügenden Anlass fand, sich seiner zu entledigen. Bei der Revision der Apothekenrechnungen stellten sich einige Nachlässigkeiten heraus, die zweifellos nicht in der Ordnung waren, die aber von De Peron in genügender Weise aufgeklärt werden konnten. Das gegen ihn deshalb anhängig gemachte Processverfahren wurde niedergeschlagen. Ehe aber dieser Entscheid erging, entsetzte der Justizminister den Direktor De Peron seines Amtes. Es bleibt ihm nur der civilrechtliche Weg zur Geltendmachung seiner Entschädigungsansprüche übrig.

Belgien besitzt 45 Irrenanstalten, von denen 42 geistlicher Leitung unterstehen. Und von den 15000 aus öffentlichen Mitteln erhaltenen Geisteskranken befinden sich 12—13000 in diesen letzteren. Man berechnet die Einnahmen, die den Orden aus diesem Geschäfte zufliessen, auf 25 Millionen Francs im Jahre, wobei freilich der Werth der von den Kranken geleisteten Arbeit etwas reichlich in Anschlag gebracht ist. So sehr nun ein Interesse der Orden an der Beibehaltung des bisherigen Zustands erhellt, so erfreulich ist es, dass von liberaler Seite energische Versuche auf Aenderung des Systems gemacht werden. Um so mehr ist es zu bedauern, dass De Peron, ein Vorkämpfer der freieren Behandlung der Geisteskranken, in so brüsker Weise ohne Rücksicht auf seine vielfachen Verdienste um die Entwicklung der Colonie Lierneux entfernt worden ist. Der nächste internationale Congress für Familienpflege, der in diesem Jahre in Lüttich tagen soll, — sein Generalsekretär ist eben Dr. De Peron — wird sich eingehend mit den rückständigen Verhältnissen in der belgischen Irrenbehandlung und Irrenverwahrung befassen. G.

— **Würzburg**. Wissenschaftliche Exkursionen unternimmt in diesem Sommer im Anschlusse an den Kurs Herr Professor Dr. Weygandt. Es werden Anstalten für Geisteskranke besucht und zwar sind in Aussicht genommen die Kreisirrenanstalt Werneck und die moderne Kreisirrenanstalt in Ansbach, sowie das St. Josephshaus in Gemünden. Den Exkursionen gehen Vorträge über Anstaltseinrichtungen voraus. Studirende aller Fakultäten können theilnehmen und erhalten Fahrpreisermässigung.

(Augsburger Abendzeitung.)

— **Wien.** Das „Prager Tagblatt" (7. VI. 05) berichtet über folgenden Vorfall aus der niederösterreichischen Landesirrenanstalt zu Wien. „Am 5. VI. Nachmittags hat der 50jährige Goldarbeiter Karl Zöhrer in Wien seine in der niederösterreichischen Landesirrenanstalt untergebrachte 42jährige Gattin Mathilde gelegentlich eines Besuches vergiftet und dann selbst Gift genommen.

Frau Zöhrer war seit dem 31. Mai in der Irrenanstalt. Sie litt an Paralyse, war aber eine gutmüthige Kranke. Sie war in einem Isolirzimmer der Anstalt untergebracht. Mit abgöttischer Liebe hing der Gatte an der Frau und gebärdete sich ganz verzweifelt, als ihm der Arzt im Vormonate mittheilte, dass sie rettungslos verloren und ihr Ableben nur mehr eine Frage kurzer Zeit ist. Nur schweren Herzens konnte er sich dazu verstehen, sie in die Irrenanstalt bringen zu lassen. So oft er sie besuchte, bat ihn Frau Zöhrer unaufhörlich, er möge sie doch hinausnehmen, und da das mit seinen Wünschen im Einklange war, entschloss er sich, die Gattin gegen Revers zu übernehmen. Schon seit dem 3. d. M. wurde Frau Zöhrer in den Registern als „entlassen" geführt, doch fand sich Zöhrer trotz seines Einschreitens bis vorgestern nicht in der Aufnahmskanzlei ein, um sie zu übernehmen.

Vorgestern nachmittags kam er wieder in die Anstalt und erhielt die Erlaubniss, sie in ihrer Einzelzelle aufzusuchen. Er ging hinein und fand sie im Negligé im Bette. Aus einer Flasche, die er mitgebracht hatte, schüttete er Cyankali, das er sich als Goldarbeiter leicht verschaffen konnte, in ein gleichfalls mitgebrachtes Champagnerglas und gab ihr

unter einem Vorwande zu trinken. Kaum hatte sie das Glas geleert, als Zöhrer auf den Korridor eilte und schrie, er habe seiner Frau Gift gegeben, man möge Milch bringen und einen Arzt holen. Der Anstaltsarzt war sofort zur Stelle, doch konnte Hilfe nicht mehr geleistet werden, da Frau Zöhrer in der kurzen Frist an Blutzersetzung gestorben war. Gleich nachdem er der Gattin das Gift gereicht, hatte auch Zöhrer Gift genommen; trotzdem hatte er noch die Kraft, auf den Korridor zu laufen, um wenigstens für die Gattin Hilfe zu holen. Während sich der Arzt noch mit der Frau beschäftigte, stürzte Zöhrer todt nieder.

Auf dem Tische in der Zelle lag ein geladener Revolver, den Zöhrer offenbar zu dem Zwecke mitgebracht hatte, die Frau durch einen Schuss zu tödten, falls das Gift nicht gleich wirken sollte."

— **Jahressitzung des Deutschen Vereins für Psychiatrie** am 28. und 29. April 1905 in Dresden. (Schluss.) Vorträge.

16. Rohde-Bad-Königsbrunn: Die psychiatrischen Aufgaben bei der Behandlung Nervenkranker in offenen Heilstätten.

Vortr. warnt vor der schematischen und unterschiedslosen Anwendung der physikalisch-diätetischen Heilfactoren und redet einer gewissermaassen conservativen Richtung, welche neben den erfreulichen neuen und neusten Errungenschaften das bewährte Alte nicht verloren gehen lässt, das Wort. Oft wird mit den einfachsten Mitteln, mit äusserster Beschränkung der Methodik am meisten erreicht; die Einfachheit der Anwendungsformen bei Nervösen liegt in psychiatrischen Motiven begründet. Die seelische Einwirkung wird bei ihnen zum Hauptmittel, und das ist einer der Gründe, die in der neuerlich wieder aufgenommenen Discussion über die Trennung der Neurologie von der Psychiatrie gegen eine solche sprechen: Der Neurologe kann einer gründlichen psychiatrischen Vorbildung nicht entbehren, er muss, will er seine Kranken erfolgreich behandeln, sich psychiatrische Denkart zu eigen machen.

17. Reich-Lichtenberg: Ueber die feinere Structur der Zelle der peripheren Nerven.

Es finden sich in den peripherischen Nerven und den Nervenwurzeln des Rückenmarkes in auffallend regelmässiger Weise vertheilt eigenthümliche Zellen, die durch ziemlich grosse Granulationen ausgezeichnet sind, die sich mit basischen Anilinfarbstoffen in metachromatischer Art färben. Diese Zellen sind identisch mit den von Adamkiewich als Nervenkörperchen bezeichneten Gebilden. Nach der Annahme von Adamkiewich stehen diese Gebilde in keiner Beziehung zu den vorgenannten Kernen der Schwannschen Scheide, sondern sind Bildungen eigener Art. Sie sollen sich nur im Nervensystem des Menschen, nicht aber in dem von Thieren finden. Diese Gebilde wurden von Rosenheim für Mastzellen erklärt, die sich aus den bindegewebigen Zellen der Henle'schen und Schwannschen Scheide wie überhaupt in dem Bindegewebe des Nerven entwickeln. Vortragendem ist es durch microchemische Untersuchungen gelungen, nachzuweisen, dass sie keine Mastzellen sind, dass es sich auch nicht um besondere Nervenkörperchen handelt, sondern dass es sich hier um die Zellen der Schwannschen Scheide handelt, die schon normaler Weise eine eigenthümliche bisher nicht gekannte Granulation führen, welche, wie durch microchemische und Farbreactionen nachweisbar ist, aus Protagon, oder einem dem Protagon ähnlichen Stoff bestehen. Das zuerst von Liebreich chemisch dargestellte Protagon — ein dem Lecithin nahestehender Körper — ist characterisirt durch Unlöslichkeit in kaltem Aether und Alkohol und Löslichkeit in auf 45° erwärmtem Alkohol. Dieselbe Reaction zeigen auch die betreffenden Granulationen, während die Mastzellengranula sowohl in kaltem, wie in warmem Alkohol unlöslich sind. Weitere Eigenschaften, die sowohl dem chemisch dargestellten Protagon, als auch den neuen Zellengranulis gleichmässig eigenthümlich sind, sind metachromatische Färbung mit basischen Anilinfarbstoffen, keine Schwärzung durch Osmiumsäure. Die Protagongranula sind weiter auch durch ihre Färbung mit Scharlachroth als den fett- und markartigen Stoffen nahestehend zu erkennen. Es liess sich weiterhin nachweisen, dass diese Granulationen um den in der Mitte des interannulären Nervensegmentes liegenden Kern herum gruppirt sind, dass sie nur in der Umgebung desselben und nicht im Bindegewebe des Nerven vorkommen. Sie stellen also eine den Zellen der Nerven specifisch eigenthümliche Granulation dar. Es liess sich weiterhin zeigen, dass die mit characteristischen Granulationen versehenen Zellen einen netzartigen Zellleib besitzen, der in engster Beziehung steht einerseits zu der innersten Scheide des Nervenmarkes und andrerseits sich fortsetzt in die Zwischentrichtersubstanz der Nerven und durch das Mark hindurch in Verbindung tritt mit einer feinen den Axencylinder umgebenden Scheide. Wenn man einen Nerven mit Aether und warmem Alkohol erschöpft, so bleibt nach der Angabe von Ewald und Kühne nichts weiter zurück als eine feine, äussere, das Mark umhüllende, und eine feine innere, den Axencylinder umgebende Scheide, die beide durch ein weitmaschiges Gerüst von stark lichtbrechender Substanz verbunden sind. Die beiden Scheiden und das Gerüst bestehen aus Neurokeratin, das nur noch durch etwas Eiweiss verunreinigt ist. Vortragender hat dieses Neurokeratingerüst nach den Vorschriften von Ewald und Kühne dargestellt (Alkohol und Aetherextraction mit nachfolgender Verdauung,) und es zeigte sich bei genauerer microscopischer Untersuchung mit Zuhilfenahme von färbenden Verfahren, dass die die äussere und innere Scheide verbindenden Theile aus trichterförmigen Bildungen bestehen, die ringförmige und längsgerichtete Verstärkungen zeigen. Vortragender konnte nun in mit Müller gehärteten Nerven genau dasselbe Trichterwerk durch Färbung nachweisen und demonstrirt die Identität derartiger Präparate. Es ist also das Neurokeratin nicht die von Kaplan dargestellte Netzsubstanz, die eine unter dem Einfluss der Formol-Müller-Lösung zur Erscheinung kommende Form der Myelingerinnung ist, die sich in Alkohol und Müllerpräparaten nicht findet. Da das Neurokeratin sich bei zwei so völlig ver-

schiedenen Härtungsmethoden, der die Markscheide zerstörenden Alkoholbehandlung und der dieselbe conservirenden Müllerbehandlung in ganz der gleichen Form nachweisen lässt, so ist zu schliessen, dass dasselbe bereits vor der Einwirkung der betreffenden Härtungsmittel im Nerven in der characteristischen Anordnung vertheilt war, dass es also kein Kunstprodukt ist. Dagegen erscheint es noch fraglich, ob dasselbe eine weiche oder eine harte Consistenz besitzt. Manche Erfahrungen sprechen dafür, dass das erstere der Fall ist. Der vorher erörterte unmittelbare Zusammenhang zwischen dem Leib der protagonhaltigen Zellen einerseits und dem Neurokeratingerüst andrerseits beweist, dass die Zellen der Nerven keine Beziehung zur Schwannschen Scheide haben, dass sie nicht bindegewebiger Natur sind, sondern, dass sie zur Markscheide selbst gehören. Das Neurokeratin stellt voraussichtlich nichts weiter dar, als den nach Ausbildung des Markes übrig gebliebenen Rest des Leibes der Nervenzelle, die den Bezirk eines interannulären Segmentes umfasst und durch welche die Neurofibrillen hindurchziehen, wie sie es in ähnlicher Art, wenn auch anderer Anordnung in den Ganglienzellen des Centralnervensystems thun. Dass die protagonhaltigen Zellen mit der Schwannschen Scheide nichts zu thun haben, geht auch daraus hervor, dass sie sich, wenn auch in spärlicher Entwicklung, auch im Rückenmarke vorfinden, das ja nach allgemeiner Annahme der Schwannschen Scheiden entbehrt.

Bemerkt sei noch, dass die Protagongranulationen der Nervenzellen auch bei Thieren vom Vortragenden aufgefunden werden konnten. In den Nerven von Kindern, etwa vom 6. Lebensjahre ab, waren sie nicht zu finden.

Der von Unna mit dem Namen Neuromucin im Nerven dargestellte Stoff erweist sich ebenso wie die Zellgranula löslich in heissem Alkohol und zeigt die gleichen Färbungsreactionen. Er ist daher sicher kein Mucin. Es handelt sich hier wohl ebenfalls um Protagon, das nach Behandlung des Nerven mit kaltem Alkohol entsprechend dem Verfahren der Alkoholhärtung im Nerven ungelöst zurückbleibt und erst nach Einwirkung erwärmten Alkohols in Lösung geht.

18. Alzheimer-München: Paralyse und endarteriitische Lues des Gehirns.

Zwischen echter Paralyse und Hirnsyphilis giebt es Uebergangsformen, als syphil. Pseudoparalyse beschrieben, als deren histologische Grundlage Nissl neuerdings folgenden Befund hat feststellen können: Wucherungsvorgänge an den kleinen und kleinsten Gefässen der Rinde, Bildung grosser Endothel- u. Adventitial-Zellen, oft in mehreren Schichten, Vermehrung der Elastica, Gefässneubildung. Die für Paralyse characteristischen Infiltrationen (Lymphocyten Mastzellen) fehlen. Der Ausfall nervösen Gewebes ist mässig, die Glia dagegen ist in der Regel stark gewuchert, das Hirngewicht eher vermehrt als vermindert. Vortr. kann hinzufügen, dass derartige Veränderungen in der Regel nur fleckweise vorkommen und Gebiete intacter Rinde zwischen sich freilassen. Klinisch findet man, entgegen der gleichmässiger verbreiteten paralytischen Erkrankung mit ihrer allgemeinen Demenz, dass bessere Erhaltenbleiben einzelner Leistungen; es bleibt ein Rest der alten Persönlichkeit und mit ihm ein gewisses Krankheitsgefühl bestehen. Doch kommen sicher auch die blödsinnigen Grössenideen wie bei der Paralyse vor. Neben einem mehr schleichenden Verlaufe trifft man auch Fälle rapider Entwicklung mit epilept. Anfällen, die von deliranten Zuständen und Sinnestäuschungen gefolgt sind. Vor Verwechslung mit Epilepsie mit Dämmerzuständen kann neben der Anamnese die Pupillenstarre, die atypische Sprachstörung, die angedeuteten Herdsymptome schützen; Schriftstörungen sind dagegen wohl kaum beobachtet. Die Dauer kann einige Monate bis Jahre betragen, auch acute Nachschube mit längeren Stillständen darnach kommen vor. Der Zeitraum zwischen Infection und Einsetzen der Krankheit pflegt kürzer zu sein als bei der Paralyse; (in einem Falle kaum 2 Jahre).

Ein grösseres casuistisches Material wird es später vielleicht ermöglichen, die Krankheit klinisch ebenso sicher zu umschreiben — was bei den u. U. guten therapeutischen Erfolgen antiluetischer Kuren von Wichtigkeit ist — wie es jetzt schon histologisch möglich ist.

Haenel-Dresden.

Personalnachrichten.

— Das Ehrenkommandeurkreuz des Fürstlich Hohenzollernschen Hausordens wurde verliehen dem Professor Dr. Mendel in Berlin, das Komturkreuz II. Klasse des Albrechtsordens dem Geh. Med.-Rath Anstaltsdirektor Dr. Weber in Sonnenstein, das Ritterkreuz I. Klasse des Albrechtsordens dem Med.-Rath Anstaltsdirektor Dr. Böhme in Hochweitzschen.

— Der Titel und Rang eines Obermedicinalraths wurde verliehen dem Direktor der Landesirrenanstalt zu Zschadrass, Med.-Rath Dr. Günther, der Character als Geheimer Medizinalrath dem Med.-Rath und Grossherzogl. Anstaltsdirektor Dr. Matusch in Sachsenberg (Mecklenburg), der Character als Medicinalrath dem San.-Rath Dr. Jenz, Direktor der Grossherzogl. Idiotenanstalt in Schwerin.

— Dr. Eccard, Oberarzt an der Kreis-Irrenanstalt in Klingenmünster wurde zum Director der Kreis-Kranken- und Pflegeanstalt in Frankenthal ernannt, Dr. Kundt, Oberarzt der Kreisirrenanstalt in Deggendorf zum Direktor dieser Anstalt.

— Dr. H. Stengel, Arzt an der Grossherzogl. Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim ist als Strafanstaltsarzt nach Bruchsal übergesiedelt.

— Dr. A. Hoppe trat als Oberarzt in die Anstalt Pfullingen ein.

— Dr. Klein, Oberarzt an der Prov.-Irrenanstalt in Conradstein wurde zum Kreisassistenzarzt des Stadtkreises Danzig ernannt

— Gestorben: San.-Rath Dr. Halbey, dir. Arzt der Dr. Erlenmeyer'schen Anstalten in Bendorf a. Rh., Dr. G. Wimmer, II. Assistenzarzt an der Kreisirrenanstalt Karthaus-Prüll, Dr. Weissinger, Assistenzarzt an der Prov.-Irrenanstalt zu Tost O.-S.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 14. 1. Juli. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Feststellung von Geistesstörungen bei Heeresangehörigen.

Obgleich die bisher gültigen militärgesetzlichen Bestimmungen*) schon jetzt eine rechtzeitige Erkennung regelwidriger Geisteszustände bei Gestellungspflichtigen und Heeresangehörigen verbürgen, hat die preussische Heeresverwaltung dennoch, angesichts des Anwachsens der Zahl der Geisteskrankheiten überhaupt und damit der Zahl der schwieriger erkennbaren Fälle krankhafter Geistesthätigkeit oder von geistiger Minderwerthigkeit, es sich angelegen sein lassen, eine Vervollkommnung und Anwendung aller der Mittel zu sichern, welche für die Feststellung derartiger regelwidriger Geisteszustände möglichst schon bei der Aushebung der Rekruten, aber auch bald nach der Einstellung der letzteren dienen können. Die preussische Heeresverwaltung hat zu diesem Zwecke dem Wissenschaftlichen Senat bei der Kaiser-Wilhelms-Akademie in einer Denkschrift die Fragen vorgelegt:

„nach welcher Richtung diese zur Ermittelung und Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen dienenden Mittel und Wege unter vollster Verwerthung aller auf dem Gebiete der Erkennung zweifelhafter Geisteszustände gewonnenen wissenschaftlichen und praktischen Fortschritte behufs möglichst frühzeitiger Gewinnung eines sicheren Urtheils über Dienstuntauglichkeit bezw. Dienstunbrauchbarkeit erweitert und vervollkommnet werden könnten — u. a. namentlich: wie diese Mittel beim Heeresergänzungsgeschäft mit Rücksicht auf die kurze zur militärärztlichen Untersuchung verfügbare Zeit und gerade auf die schwieriger zu beurtheilenden Fälle praktisch zu handhaben sein würden —, und in welcher Weise eine möglichst frühzeitige und sichere Entscheidung über zweifelhafte Geisteszustände bei Leuten, die den Verdacht der Krankheitsvorschützung erregen, zu erreichen wäre."

Das Ergebniss der am 17. Februar ds. Js. stattgehabten Berathungen des Wissenschaftlichen Senats, insbesondere die hierbei von Generalarzt Dr. Stricker und Geheimen Medicinalrath Professor Dr. Ziehen, Director der psychiatrischen Klinik des Charitékrankenhauses in Berlin, erstatteten Referate sind jetzt veröffentlicht worden in einer Schrift:

Ueber die Feststellung regelwidriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen. Beratungsergebnisse aus der Sitzung des Wissenschaftlichen Senats bei der Kaiser-Wilhelms-Akademie für das ärztliche Bildungswesen am 17. Februar 1905. Mit 3 Kurventafeln im Anhang. Berlin 1905. Verlag von August Hirschwald.

In ihren Schlusssätzen bezeichnen die Referenten nachstehende Gesichtspunkte als beachtenswerth für frühzeitige Erkennung von Geisteskrankheit oder Geistesschwäche:

„A. Beim Heeresergänzungsgeschäft.

1. Verwerthung der Ermittelungen über früheren Aufenthalt in einer Anstalt für Geisteskranke, Geistesschwache oder Epileptiker und über sonstige psychiatrische Feststellungen.
2. Berücksichtigung von Ermittelungen über den Besuch einer Hilfsschule oder Hilfsklasse für Schwachbefähigte.

*) „Ueberstandene oder noch bestehende Geisteskrankheiten sowie ein solcher Grad von geistiger Beschränktheit, dass er die Ausbildung oder die Ausübung des militärischen Dienstes verhindert", ist nach der „Heeresordnung" ein Untauglichkeitsgrund. Ferner kommen in Betracht: § 62, 4, § 72, 2 und 106, 6 der Wehrordnung; § 3, 6, § 4, 5, § 6, § 12, § 32, 5, 9 der Dienstanweisung zur Beurtheilung der Militärdienstfähigkeit; § 130, 5, § 131, 1 der Friedenssanitätsordnung; § 70 der Dienstanweisung; endlich § 209 und 217 der Militärstrafgerichtsordnung.



3. Berücksichtigung des Berufes und der Vorstrafen.
4. Befragen der beim Heeresergänzungsgeschäft anwesenden Gemeindemitglieder in geeigneten Fällen über ein ihrerseits etwa beobachtetes auffallendes Verhalten der Vorgestellten.

B. Bei der Einstellungsuntersuchung.

Bei der Einstellungsuntersuchung hat der Truppenarzt ausser der körperlichen Brauchbarkeit auch den geistigen Zustand der Rekruten zu prüfen.

1. Besonders sind in dieser Hinsicht zu beachten diejenigen:
   a) die schon im Heeresergänzungsgeschäft Veranlassung zu einem bezüglichen Vermerk (vergl. unter A. 1, 2) geboten haben;
   b) die vielfach vorbestraft sind, die als unsichere Heerespflichtige oder als Arbeitssoldaten eingestellt sind;
   c) die durch mehrfache Degenerationszeichen auffallen oder schwer erblich belastet sind;
   d) die auffallend geistig beschränkt zu sein scheinen.
2. Bei allen Verdächtigen sind Erhebungen in der Heimath anzustellen.
3. Für die Untersuchung der auf Schwachsinn Verdächtigen dient die Beilage als Muster.
4. Erscheint der Verdacht auf Simulation begründet, so ist psychiatrische Begutachtung erforderlich.
5. Sonst ist Ueberweisung der Verdächtigen in das Lazareth im Allgemeinen erst dann angezeigt, wenn sie durch ihr Verhalten aufgefallen sind.

C. Während der Dienstzeit.

1. Dauernde Aufmerksamkeit hat der Truppenarzt denjenigen zu widmen:
   a) die schwer erblich belastet sind, die mehrfache Degenerationszeichen aufweisen und denen, die vielfach vorbestraft sind,
   b) die eine schwere Kopfverletzung erlitten haben,
   c) die sich öfter, anscheinend ohne genügenden Grund, krank melden.
2. Der Truppenarzt hat darauf hinzuwirken, dass die militärischen Vorgesetzten, insbesondere Rekrutenofficiere und -unterofficiere, das Verhalten der von ihm bezeichneten Leute in und ausser Dienst beobachten.
3. Die militärischen Vorgesetzten sind vom Truppenarzt darüber aufzuklären, dass auch grosses körperliches Ungeschick und schwere Erziehbarkeit aus krankhafter Grundlage entspringen kann, und dass es daher von Wichtigkeit ist, den Arzt auf solche Leute aufmerksam zu machen, ebenso wie auf geistige Beschränkte und durch eigenartiges Benehmen auffällige Leute.
4. Beobachtung im Lazareth ist stets erforderlich bei allen, die einen Selbstmordversuch gemacht haben.
5. Besondere Prüfung der geistigen Gesundheit ist bei Ueberweisung eines Mannes in ein Militärgefängniss oder in eine Arbeiterabtheilung geboten. Ueber zweifelhafte Geisteszustände wird vor der Ueberweisung zu entscheiden sein."

Aus den interessanten Referaten seien noch einige Einzelheiten angeführt.

Bei dem Heeresergänzungsgeschäft ist nur die Ausmerzung der klarer zu Tage liegenden Fälle und zwar auf Grund voraufgegangener Erhebungen über das Vorleben des auszuhebenden Mannes möglich. Dazu ist erforderlich, dass bei allen minderjährigen Personen, die geistig erkrankt sind oder waren, was manchmal absichtlich verschwiegen wird, von den zuständigen Behörden ein entsprechender Vermerk in den Geburtsregistern behufs späterer Eintragung in die Stammrolle angebracht wird. Da die Ortspolizeibehörde von der Ueberführung einer Person in eine Anstalt für Schwachsinnige oder Geisteskranke benachrichtigt wird, ist sie in der Lage diese Aufgabe zu erfüllen. Es schweben in Preussen zwischen den betheiligten Ministerien Verhandlungen, um zu bewirken, dass bei Militärpflichtigen, die wegen Geisteskrankheit oder Epilepsie in einer privaten oder öffentlichen Anstalt untergebracht waren, ein entsprechender Vermerk in die Rekrutirungsstammrolle eingetragen wird. Die Referenten stimmen nicht einem Vorschlag Schultze's bei, dass auch bezüglich der in gewöhnlichen Hospitälern untergebrachten, männlichen Geistesschwachen eine Anzeigepflicht zu obengenanntem Zwecke nöthig ist. Da aber tausende der öffentlichen Fürsorge anheimgefallene Geisteskranke und Geistesschwache zufolge der Ueberfüllung der für sie bestimmten Anstalten in Hospitälern, Klöstern, Stiften etc. untergebracht sind, muss dieser Vorschlag Schultze's befolgt werden.

Schwieriger ist die Ausmerzung von Militärpflichtigen „mit solchem Grad geistiger Beschränktheit, dass er die Ausbildung oder die Ausübung des militärischen Dienstes verhindert". Dazu wird als nöthig erachtet, dass seitens der Ortspolizeibehörden, betreffs aller Kinder, welche eine Schule für Schwachbefähigte (sog. „Hilfsschule") besuchen, mit einem schulärztlichen Vermerk versehene Mittheilung an die Civilvorsitzenden der Ersatzkommissionen gemacht oder dass ein Vermerk in die Stammrolle eingetragen wird. Wo solche Schulen nicht existiren, müssten Gemeindevorsteher, Schulinspectoren und Lehrer, auch solche von Fortbildungsschulen, zu Mittheilungen verpflichtet sein.



Das Gleiche gilt für den Nachweis von Epilepsie.

Der Feststellung erblicher Belastung, die wohl geeignet sein mag, die Aufmerksamkeit des Arztes auf bestimmte Leiden zu lenken, kommt im Allgemeinen beim Heeresergänzungsgeschäft keine entscheidende Bedeutung zu, erst bei der Rekrutenuntersuchung muss ihr eine wesentliche Rolle eingeräumt werden.

Beruf und Vorstrafen sind zu berücksichtigen. Die meisten nervösen und schwachbegabten Menschen haben eine instinctive Abneigung gegen alle mit stiller, fleissiger und schwerer Arbeit einhergehenden Berufsarten; mehrfache frühzeitige Conflicte mit dem Strafgesetze, einstmalige Fürsorgeerziehung müssen auch den Verdacht auf Schwachsinn rege halten.

Zur Feststellung eines Intelligenzdefects durch den Arzt der Ersatzkommission reicht die Zeit des Musterungsgeschäftes nicht aus, ausserdem verfügt selbst der Facharzt über keine sichere Methode, einen solchen Defect in Kürze festzustellen, zumal oft Befangenheit oder Alkoholwirkung bei den auszuhebenden Leuten vorhanden ist. Durch Anwendung einer schablonenmässigen Methode, eine „Schibolethfrage", würde der Simulation Thür und Thor geöffnet werden.

Um so wichtiger ist die psychische Untersuchung der Rekruten durch den Truppenarzt und hierbei fallen auch die psychiatrischen Kenntnisse des letzteren schwer ins Gewicht. Eine möglichst umfangreiche Ausbildung der Militärärzte in der Irrenheilkunde hat sich die Leitung des Heeressanitätsdienstes seit vielen Jahren angelegen sein lassen.

„Schon von Anfang der siebziger Jahre vergangenen Jahrhunderts an, waren die im 7. Semester stehenden Studirenden der jetzigen Kaiser-Wilhelms-Akademie zum Besuche der psychiatrischen und Nervenklinik der Charité verpflichtet. An derselben Klinik machten sie seit Jahren auch ein Praktikum durch, über welches in der Exmatrikel ein Ausweis gegeben wird.

Ständig in verschieden langem Turnus sind auf den Geisteskranken-Abtheilungen der Charité 4 Unterärzte kommandirt. Eine Anzahl jüngerer Militärärzte (Ober- und Stabsärzte) ist ferner durch mehrjährige Kommandos an öffentliche und Privat-Irrenanstalten weitergebildet. Dafür, dass diese Aerzte nach ihrer Rückkehr zur Truppe Gelegenheit finden, auch weiterhin Geisteskranke zu sehen und zu beobachten, ist gesorgt. Der Anfang, die Psychiatrie als Lehrfach in die Fortbildungskurse einzuführen, ist gemacht. Zahlreichen Militärärzten ist die Befähigung zur Beurtheilung regelwidriger Geisteszustände durch Ablegung der Kreisarztprüfung zugesprochen. Man darf demnach behaupten, dass für den Erwerb psychiatrischer Kenntnisse der militärische Nachwuchs vor den meisten Civil-Medicinern viel voraus hat. Dass den specialistisch ausgebildeten Sanitätsofficieren durch Vorträge in den grösseren Lazarethen an der Hand des fast stets vorhandenen Krankenmaterials zur Verbreitung ihres Wissens und zur eigenen dauernden Fühlung mit dem schwierigen Stoffe der Seelenstörungen Gelegenheit geboten werde, wie dies schon für andere Fächer ins Werk gesetzt ist, — diese Maassnahme darf den Corpsärzten überlassen bleiben. In Zukunft wird die demnächst in Kraft tretende neue medicinische Staats-Prüfungs-Ordnung, in welche die Psychiatrie als obligatorischer Prüfungsabschnitt eingeschoben ist, von allgemeinem Nutzen sein und auch dem Heeressanitätsdienst zu gute kommen. Sind dann schliesslich noch in den in Aussicht genommenen Garnisonen die geplanten Stationen für Geistes- und Nervenkranke eingerichtet, an welchen specialistisch ausgebildeten Militärärzten nicht bloss die Leitung des Dienstes, sondern auch die Unterweisung der kommandirten Hilfsärzte zufallen wird, so dürfte zur Zeit den weitestgehenden Forderungen an die psychiatrische Vor- und Weiterbildung der Truppenärzte Genüge geschehen sein. Gelegenheit zur Gewinnung einer Summe von Wissen und zur Weiterbildung in der Lehre von den psychischen Störungen wird demzufolge den jungen Militärärzten vor und nach Ableistung der Staatsprüfung genug geboten, es kommt nur darauf an, die erworbenen Kenntnisse auszunutzen."

Dass dies geschieht, wird an einer Tabelle nachgewiesen, aus der hervorgeht, dass die Anzahl der wegen Geisteskrankheit zugegangenen Mannschaften im ersten Monat nach der Einstellung am grössten und dann steil abfällt. Wie die Fachpsychiater selbst in schwieriger zu beurtheilenden Fällen nicht selten verschiedener Meinungen sind, was im wesentlichen auf noch bestehende Unsicherheiten der psychischen Krankheitserkennungsmittel zurückzuführen ist, so kommen auch unter den Soldaten derartige zweifelhafte Fälle vor, über welche die Ansichten der Aerzte und erst recht der Laien auseinandergehen.

Eine besonders genaue Prüfung des Geisteszustandes muss bei denjenigen Rekruten statthaben, welche einer Fürsorgeerziehung unterworfen oder oft bestraft waren oder in fremden Kolonialheeren gedient hatten oder als unsichere Heerespflichtige auf-



gegriffen oder endlich als Arbeitssoldaten ausgehoben wurden.

Am häufigsten kommen bei den Rekruten vor: a) der angeborene Schwachsinn, b) der erworbene epileptische Schwachsinn, c) der erworbene Schwachsinn der Pubertät (sogen. Dementia präcox); dann die schwer zu beurtheilenden Grenzgebiete, die heriditäre psychopathische Constitution und die hysterische Constitution. Diese Zustände werden häufig erst nach der Diensteinstellung als solche erkannt oder zeitigen nach dem Eintritt ins Heer schwerere Symptome oder brechen, wie der erworbene Schwachsinn, der sich vorzugsweise in der Spätpubertät entwickelt, überhaupt erst während der Dienstzeit aus. Die Zahl der mit solchen Zuständen oder mit der Anlage zu solchen Erkrankungen eingestellten Personen wird in Zukunft wesentlich herabgemindert werden können, da wie bemerkt, theils die Angehörigen solcher Individuen, theils diese selbst aus den verschiedensten Gründen (darunter erwartete Besserung beim Militär) jene von ihnen nicht als krankhaft erkannte Zustände vor der Einstellung verschweigen.

Es folgen Rathschläge zur Ermittelung der Geisteskranken und Schwachsinnigen unter den Rekruten.

In jedem auf Simulation verdächtigen Falle und bei zweifelhaften Fällen, namentlich den Grenzzuständen zwischen Geisteskrankheit und Geistesgesundheit wird die Zuziehung eines specialistisch ausgebildeten Militärarztes als erforderlich erachtet.

Endlich wird verlangt, dass die Truppenärzte auch denjenigen Leuten ihr Augenmerk zuwenden, die eine dauernde geistige Gesundheit während der Dienstjahre zwar nicht sicher verbürgen, aber Mangels eines ausreichenden Entlassungsgrundes zum Dienst herangezogen werden müssen, Leuten mit schwachentwickelter Intelligenz, mit erblicher Belastung, mit einer Anzahl von Degenerationszeichen oder vielen Vorstrafen. Es wird aber auch als nothwendig bezeichnet, dass Offiziere und Unteroffiziere den Truppenarzt auf auffällige psychische Erscheinungen, welche einzelne Soldaten darbieten, sofort aufmerksam machen und ihn dadurch zu wiederholten Untersuchungen veranlassen und dass die Offiziere bei dienstlichen Vergehen stets ausser dem objectiven Thatbestand auch die subjektiven Bedingungen desselben prüfen.

Bei Selbstmordversuchen und selbstmörderischer Absicht ist Lazarethbeobachtung und wenn irgend angängig specialistische Begutachtung nöthig.

Für rechtzeitige Erkennung der bei Arbeitssoldaten und Festungsgefangenen auftretenden Geistesstörungen ist fast überall durch das Vorhandensein solcher Militärärzte gesorgt, welche eine besondere Durchbildung oder ein längeres Kommando an eine psychiatrische Klinik hinter sich haben. (1901/02 betrug der Zugang an Geisteskranken bei der Infanterie 0,61 ‰, bei den Festungsgefängnissen 16,4 ‰ der Kopfstärke.)

An der Hand einer Kurventafel weisen die Referenten nach, dass in dem Zeitraum von 1893 bis 1902 der Zugang der Geisteskranken und Schwachsinnigen beim Militär im November, also bald nach der Einstellung, am grössten ist, aber noch im selben Monat steil abnimmt, um nur im Monat Mai und Juni eine kleine Zunahme zu erfahren. Der grosse Zugang im November wird durch bereits vor der Einstellung psychisch nicht intakte Rekruten bedingt, die Zunahme im Mai und Juni durch die Wachrufung schlummernder Psychosen seitens erhöhter dienstlicher Anforderungen. Die entsprechende graphische Darstellung aus dem Zeitraum 1884 bis 1893 lehrt, dass damals der Zugang erst im Monat Februar abfiel — ein Beweis „dass in dem erstgenannten Decennium die Erkennung und Ausmerzung der geistig abnormen Mannschaften Dank der erhöhten Ausbildung der Militärärzte und wohl auch der grösseren Aufmerksamkeit der militärischen Vorgesetzten schneller erfolgt sind, als ehedem", abgesehen davon, dass der absolute Zugang 1893 bis 1902 grösser ist als in der Zeit von 1884 bis 1893.

Die Zahl der Selbstmorde steigt im ersten Monat nach der Einstellung in gleicher Weise wie die der Geisteskranken und Schwachsinnigen, sinkt aber dann nicht, sondern bleibt auf ziemlich gleicher Höhe; nur im Frühjahr steigt sie vorübergehend etwas, wie bekanntlich auch in der Zivilbevölkerung, und fällt dann ab. Im Juli steigt sie noch einmal vorübergehend leicht an, während in diesem Monat die Zahl der Geisteskranken stark fällt. In den letzten 4 Jahren ist die Zunahme der Geisteskranken in der Armee besonders auffallend gewesen; auch die Zahl der Selbstmorde ist 1900 bis 1901 gestiegen, hat aber nicht die Höhe von 1891 bis 1892 erreicht. Die Zahl der durch Geisteskrankheiten verursachten Selbstmorde ist in den letzten Jahren ungefähr gleich geblieben, so dass also die Zahl der Selbstmorde in der Armee nicht durch die Zunahme der Geisteskranken beeinflusst ist.

Es ist rückhaltlos anzuerkennen, dass die Medicinalabtheilung des Preussischen Kriegsministeriums mit bestem Erfolge für die Feststellung regel-



widriger Geisteszustände bei Heerespflichtigen und Heeresangehörigen besorgt ist, und es muss auch die in vorstehendem besprochene Veröffentlichung der Medicinalabtheilung als durchaus zeitgemäss und werthvoll begrüsst werden im Hinblick auf die Irrthümer und Vorurtheile, welche auf diesem Gebiete bei einem Theil des Publikums obwalten und bei Einzelfällen, deren Schwierigkeit in der Natur der Sache, nicht im System liegt, zu ungerechtfertigten Verallgemeinerungen führen.

Zur Entwickelung der deutschen Psychiatrie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Osnabrück.

(Fortsetzung.)

Aus dem Anstaltswesen jener Zeit finden wir in den Spalten der Hufeland'schen Zeitung so gut wie gar nichts, obgleich Stütz 1806 entschieden betonte, dass, wenn die Geisteskranken wieder dahin gebracht werden sollten, dass sie ihr Willens- und Begehrungsvermögen selbst bestimmen könnten, Mittheilungen von Aerzten und Irrenhäusern nöthig seien.

Einzig und allein die Charité in Berlin hielt die praktischen Aerzte Deutschlands auf dem Laufenden über die Fortschritte der Psychiatrie.

1802 berichtet sie noch bescheiden, dass man sich lediglich ganz einfacher Mittel bediene und zwar besonders des äusseren Gebrauches des kalten Wassers. Hufeland setzt es besonders ins Licht, weil im Publikum noch viele Vorurtheile dagegen herrschten. Freudestrahlend berichtet er über eine Vergrösserung um 16 Zimmer, sodass von nun an die Reconvalescenten abgesondert werden konnten. 1804 erörterte Fritze ausführlicher die therapeutischen Grundsätze, denen man in der Charité huldigte: „Die Behandlung geht je nach der Natur der verschiedenen Reize vor, kann er nicht entdeckt werden, so sucht man das Nervensystem auf eine positive Weise dadurch zu besänftigen, dass wir auf alle Punkte des Körpers zu wirken suchen, warme, kalte, allgemeine oder Lokalbäder, Tropfbäder, Opium, Crokus." „Bei zu lebhafter und anhaltender Lebenskraft muss der Kranke zu einer merklichen Entkräftung gebracht werden." Und 1810 konnte er triumphirend melden, dass auch das Ausland angefangen habe, die Charité zu benutzen. Erwähnenswerth ist, dass von den 39 Toten nicht weniger wie 19 an der Auszehrung gestorben waren. Mit besonderem Nutzen war die von Cox angegebene Drehmaschine benutzt worden. Man hatte einen Platz zu ländlichen Arbeiten eingerichtet. Nebenbei wurde auch in ausgiebigster Weise mit den energischeren Mitteln jener Zeit vorgegangen; mit der Ekelkur, mit Entziehung des Lichtes, der Gesellschaft, der Freiheit, und der gewohnten Bequemlichkeiten und Genüsse, den Uebergiessungen mit kaltem Wasser, mit kaltem Baden, mit den Schmerz erregenden und unterhaltenden Vesicatoriis perpetuis.

In jenen Zeiten scheint es auch vorgekommen zu sein, dass man von anderen Anstalten lieber das Schlechte glaubte als das Gute. So richtete Hufeland 1800 an die Pariser Schwesteranstalt eine geharnischte Anfrage, „ob man sich im Hotel de dieu zu Paris erlaubt, hydrophobische Männer zu ersticken."

Dort sollte man einen Messerschmied, als die Raserei immer höher stieg, durch aufgeworfene Betten erstickt haben: „Ist dies wahr, so ist es eine höchst merkwürdige Erscheinung, da bekanntlich kein Arzt das Recht hat eines Menschen Leben, sei es unter welchem Vorwande er wolle, abzukürzen, und mir bis jetzt kein Institut bekannt ist, wo dies Sitte wäre. Ist es nicht wahr, so können Sie ja widerrufen.

Widerrufen wurde zwar, ob aber das Gerücht dadurch erstickt wurde, mag dahingestellt bleiben.

Dass man von der Darreichung innerer Mittel für die Heilung der Psychosen viel erwartete, ist bei der Medicinverrechnung jener Zeit selbstverständlich und so sehen wir denn sämmtliche Medicamente in lieblicher Eintracht um den verzwicktesten Combinationen der kränklichen Psychose zur Hilfe kommen. Selten, dass man sich mit den sanften Medicamenten, Molken, Mittelsalzen, Kräutersäften oder vegetabilischer Diät begnügte, um das erregte Gemüth zu lindern. Die Krankheiten waren zu heftig und die Leute jener Zeit hatten eine zu starke Natur, als dass man nicht zu den kräftigeren Medicamenten hätte greifen müssen. Da musste Serpentaria mit Wein und Cantharidentinctur herhalten, da griff man zum Campfer, da benutzte man getreulich den alten ehrlichen, seit Jahrhunderten bewährten Brechweinstein, „um durch die Reizung der Magennerven den Krampfzustand vom Sensorium abzuleiten" (Hufeland) und der häufig noch die herrlichsten Wirkungen erzielte, „wenn die alten würdigen Stahlianer ihre Sächelchen längst umsonst ausgekramt hatten."

Besonders gegen den Wahnsinn pries Hufeland (1798) die Ekelkur an: die Heilung des Übels, das



eine unrichtige Beurtheilung der unrichtig, in einigen Fällen aber auch richtig erkannten Objecte sei, müsse durch Eindrücke von aussen an den Körper oder durch Wirkung unmittelbar auf die Seele geschehen. Da der Ekel den ganzen Körper wie ein elektrischer Schlag durchdringe, vermöge er eine Revolution und Umstimmung hervorzurufen, die selbst den Wahnsinn heilen könne.

Ebenso oft wirkte man im entgegengesetzten Sinne: „Wenn das Gehirn sich in Reizung befindet, muss ein Gegenreiz helfen und da die Eingeweidenerven durch ihre genaue Verbindung mit dem Gehirne zur Anbringung des Gegenreizes am geschicktesten sind, müssen die Kranken ordentlich Jalappe kriegen, bis sie einen Hass gegen den Arzt fassen." „Am besten kann man es ihnen beybringen, wenn man es als Zimmt aufs Essen streut, da kommt es auf ein paar Gran mehr oder weniger gar nicht an."

Auch die Gratiola, die gerne im Klystier gegeben wurde, hatte einen grossen Ruf beim Wahnsinn. Hohe Stücke hielt man weiterhin von den Hoffmannstropfen. Mit höchstem Respecte berichtet Hufeland über: „Ein eigenhändiges Consilium medicum Friedrich Hoffmanns vom Jahre 1733 über eine hysterische Melancholie."

„Von einem solchen Manne ist jede Reliquie heilig." Nicht mindere Wirkungen traute man dem Campfer bei allen Geisteskrankheiten zu, bei denen die sexuelle Sphäre in Frage kam.

So wurde einem katholischen Geistlichen, der wegen einer starken Satyriasis sich der Masturbation ergeben hatte und in Wahnsinn verfallen war, täglich der Genuss vom camphorierten Brandtwein als Schnapps verordnet. Leider versagte das Mittel bei dem „alten Venusritter."

Alt war schon der Ruf des Opiums, das bei allen Erregungszuständen angewandt und gelegentlich auch mit Brechweinstein, mit Chinarinde und anderen Medicamenten combinirt wurde.

Wechselseitig mit Laugensalz verordnete Hufeland es (1801) in steigender Dosis, wobei die Gabe je nach der Reizbarkeit wechselte. Die Laugensalze gab Hufeland auf die Empfehlung einer Arbeit von Stütz hin (1800; Alcalien, die wirksamsten, aber bisher grossenteils übersehenen Heilmittel in verschiedenen Krankheiten des menschlichen Körpers). Vor allem empfahl er das fixe vegetabilische Laugensalz, und das kaustische Laugensalz im warmen Bade, in das auch Asche gethan wurde, aufgelöst gegen alle krampfichten Krankheiten und ihre Folgezustände:

„Jeder Arzt kennt die nahe Verwandschaft der spasmodischen Krankheiten untereinander, er kennt den Uebergang eines krampfhaften Uebels in ein anderes und die oft wunderbar wechselnden Proteusgestalten. Vermöge ihrer äusseren Form sind sie individuell von einander unterschieden, aber allen liegt ein gemeinsamer innerer Character zu Grunde, der Character der geschwächten organischen Faser. Durch reizende Potenzen wird sie zu wiederholten Schwingungen getrieben, und stärkende Arzneyen sind hier am Platze."

Die Methode wurde sehr viel benutzt und besprochen, auch Hufeland prüfte sie nach, sah aber nur schädliche Erfolge und warnte auf das Nachdrücklichste davor, scheinbare kurze Erfolge zu benutzen, um eine Methode als unfehlbar zu bezeichnen. Im Uebrigen empfahl Kortum, der Urgrossvater des beliebten Herzberger Psychiaters (1797), gegen die hysterischen Anfälle die alten guten Antihysterica, die jetzt ja auch noch nicht ganz vom Schauplatze abgetreten sind, den Moschus, den stinkenden Asant, den Bibergeil, Baldrian, das Galbanum, den Campher und Hirschhorngeist. Mit Missbehagen berichtet Kortum, der auch ein Gourmand gewesen zu sein scheint, dass man einem „liebenswürdigen Frauenzimmer" von 17 Jahren eine Abkochung von Regenwürmern gegeben habe. Man müsse die widernatürliche Empfindlichkeit des Magens durch einwirkende Mittel abstumpfen, da der Kopf Sympathie mit den Magennerven haben. Die Nerven müssen gleichsam mit einer Decke überzogen werden.

Halfen die Substanzen selbst nicht, dann musste es der Name thun. Wer wird sich wundern, dass eine „delicate convulsivische Demoiselle" durch den Pulv. epil. Marduonis und die Pilules de Cynoglosso geheilt wurde.

Ein Frevler war es, der die Mittel gegen die Würmer nicht in genügender Weise benutzte. Als Jawandt 1797 gegen einen Dämmerzustand nach dauernden Wurmkuren von erfahrenen würdigen Männern (Richter und Althoff in Göttingen) ein Consilium medicum einholte, wussten sie im wesentlichen auch nichts besseres zu rathen wie Wurmmittel, wenn die nicht hülfen, solle er Brechweinstein gegen die Schärfe geben.

Grosse Sentimentalität bei der Dosirung kannte man nicht. Rademacher (1797), der eine Puerperalmanie behandelte, spricht sehr verächtlich von einem Collegen, der von einer Milchversetzung geträumt und nur eine Flasche Arzney verordnet habe. Anders Rademacher.

Er gab zunächst soviel Jalappe, dass die Kranke täglich 20 Stuhlgänge hatte. Da das Nervensystem aber noch immer zu beweglich und unrichtig gestimmt war, verschrieb er ihr Helleborus albus in solchen Dosen, dass sie übel und schwindlicht wurde, Erbrechen bekam und dass die Extremitäten kalt wurden.



„Da verschwand die Narrheit ganz“. Nihilistischer scheint Bussmann (1810) gedacht zu haben.

Er hatte früher einen Herrn behandelt, der an epileptischen Anfällen litt. Kein Mittel gab es in der Apotheke, das er nicht vergeblich gebraucht hatte, nun hatte er immer einen Wächter um sich. Wehmüthig ruft Bussmann aus: „Wüsste ich doch, in welchem Welttheil er sich jetzt befände, um seinem Wächter sagen zu können, dass er nicht den Anfall abwarte, sondern seinen Herrn vor dem Eintritt wecken und ihm nur ein Glas kaltes Wasser hinreichen solle. Sicher würde ich das Vergnügen haben, diesen Kranken von seinem Uebel befreit zu sehen.

Noch einfacher war die häufig angewandte Hungerkur, die als ein sehr wirksames Mittel gegen Gemüthskrankheiten galt. Müller wandte sie (1804) bei einem Epileptiker an, der täglich 8—10 Pfund Brod neben einer ungewöhnlichen Quantität Fleisch zu sich genommen hatte. Nachdem Abführmittel viele sogenannte Krämphische Versessenheiten ausgeleert hatten, erweckte der Hunger die aufgehobene Sinnlichkeit wieder. Die gleichen Dienste that er bei einem Manne, der im Gefängniss zuerst von Heimweh, dann von der Schwermuth und zuletzt vom Wahnsinn befallen worden war.

Dem schwierigen Capitel der Diät, speciell bei der Hypochondrie (die allerdings nach der damaligen Auffassung mehr in das Gebiet der körperlichen Krankheiten gehörte) wurde Hildebrand (1796) gerecht.

Man müsse die Mässigkeit anpreisen und nur kleine Mengen essen, damit Platz für die Blähungen bleibe. So liess er einen „Fresser“ ein gewisses Quantum in kleinen Schälchen ferne vom Tische essen und den Gastereyen ausweichen. Beim Nehmen von Medicin werde zu viel Wasser getrunken, deshalb könnten sie auch nicht wirken. Theden, der 1782 durch den Genuss von grossen Mengen Wasser alle Krankheiten geheilt habe, sei nicht ganz im Rechte. Einfache derbe Kost diene zugleich als Stomachikum, gebratenes Fleisch sei besser als gekochtes, Forellen seien sehr anzurathen. Die Fleischbrühe könne sofort in die Adern übergehen und direct den Magensaft ersetzen, das gelte aber nicht von den wässerigen Familiensuppen und den abscheulichen Fettbrühen, die man den Kranken vorsetze. Käse müsse vermieden werden, weil er Pollutionen mache. An Stelle der schädlichen pflanzlichen Säuren verordnete er Häringssalat. Hülsenfrüchte und Kartoffeln verursachten Blähungen. Caffee sei gut gegen Kopfschmerzen, Fett und Butter seien zu verbieten, da sie im Darm ranzig würden.

Die äussere Behandlung hatte noch nicht ganz die Schrecknisse eingebüsst, mit denen sie in den letzten Jahrhunderten umkleidet gewesen war. Verordnete doch noch Buchholz (1796), dass einem Kranken, der sehr viel redete, wenn er es nicht liesse, eine derbe Ohrfeige gegeben werde. Sollte er sich losreissen, so müsse man ihm die Hände mit Ruten peitschen. Rademacher stellte 1799 bei einer Hysterika 3 Männer mit Prügeln zur Wache auf.

Mit Vorliebe griff man den Sitz des Denkens, den Schädel an, man rasirte die Kopfhaut und machte Umschläge mit Campherwein oder Spiritus Mindereri oder schmierte Brechweinsteinsalbe auf, bis sich die ganze Kopfhaut abstiess. Wenn eine Wöchnerin wahnsinnig wurde, legte man auf den geschorenen Kopf bis in den Nacken reichende Blasenpflaster und besetzte die Brüste mit trockenen Schröpfköpfen. Oder man legte Zugpflaster von Cantharidenpulver auf die Wunden und hielt sie durch ungt. citrinum lange in Eiterung, so bei einem Melancholikus, der aus Verzweiflung „eine Promenade in den Brunnen unternommen hatte.“

Die blutentziehenden und ableitenden Methoden waren auch noch gut im Gange, man setzte gegen Gesichtshallucinationen Blutegel an den Mastdarm, an die Schläfen, die Waden, man schröpfte, wo sich etwas schröpfen liess und führte gleichzeitig durch Riesenklystiere faeces „wie gedrehte Stricke und Schosskugeln ab.“

Auch auf den Aderlass kam man zurück. Müller (1804) klagte bitterlich, auf Grund der Brownschen Lehren seien Nervenkrankheiten, Schlagflüsse, Lähmungen und hysterische Zufälle den asthenischen Krankheiten zugerechnet worden, man habe nur erregende Mittel genommen und den Aderlass ganz beiseite gelassen.

Der Aerzte habe sich eine solche Blutscheu bemächtigt, dass es als ein Verbrechen gelte, die Blutmenge zu mindern. Müller empfahl ihn wieder warm, gleichzeitig solle man einige Gläser Punsch als Schlafmittel geben.

Eine sehr wichtige Rolle spielten die Bäder. Wolff (1798) meinte, wenn man dem Kranken keine Arznei durch den Mund beibringen könne, vermöge das lymphatische System durch die Haut und den Darmkanal infolge seiner Resorptionskraft die dienlichen Mittel dem Organismus zu liefern.

Für eine „cholerische festgeschnürte Dame“, bei der sich Rasereien, Deliria und Unbewusstsein eingestellt hatten, liess er eine Wanne mit einem Deckel machen, der sich fest anschrauben liess und ein Loch für den Kopf enthielt. Zur Verhütung von Verletzungen war die Innenseite gut ausgepolstert. Hierin bekam sie ein Bad von 85° Fahrenheit aus vielen herrlichen Kräutern, die in Beutel gefüllt wurden. 4 starke Bediente setzten sie hinein, ein fünfter band ihr den Beutel auf den Unterleib und klappte den

Deckel zu. Auf den Kopf bekam sie einen grossen Schwamm mit Wasser, in den Magen eine grosse Menge kräftiger Medicin. So war es denn nach 21 Bädern nicht zu vermeiden, dass die Kranke gesund wurde.

Auch setzte man Hysterische in lauwarme Seifenbäder, in die glühende Eisen hineingesteckt worden waren; man gab gegen Manie Fussbäder von geriebenen Meerrettig mit Salz; man verordnete gegen die Apathie der Seele Kleienbäder mit beigemischten Kräutern, um dem Körper Kraft und Stärke zu geben und die Transpiration hervorzurufen. Krügelstein, (1804) der diese Methode empfahl, warnte übrigens vor der Angewohnheit mancher Aerzte, die, um ihre schnelle Fassungs- und Urtheilskraft dem Kranken in die Augen zu schieben, mit ihrem Recepte eher fertig seien, als der Kranke mit seiner Erzählung.

Bei Psychosen, die man auf zu früh vertriebene Krätze zurückführte, wurde sie wieder inoculirt. Die Kranken hatten dann Psychosen + Krätze. Desgleichen suchte man auch den entschwundenen Fussschweiss wieder zu erzielen, durch Dunstbäder mit Alkohol, mit Asche, Sand, Senfteigen. Schwer war der richtige Odeur zu erzielen, auf dem sehr viel ankam. Als ein „allerdings nicht sehr delicates" Mittel empfahl Krügelstein (1810) das Tragen von Strümpfen, die ein mit dem herrlichen Fussschweiss Gesegneter getragen hatte.

Eine schwere Raserei beseitigte Jördens (1797) durch Entfernung eines Stückchens Glas aus der Fusssohle, nachdem er erkannt hatte, dass Druck darauf den Anfall auslöste. Sofort bat der Kranke um Verzeihung.

Sehr in Aufnahme gekommen waren auch in jener Zeit die Badeorte. In Nenndorf und Rehberg heilte man die Melancholie und ging der Hysterie zu Leibe. Besonders entzückt schilderte Vogel (1798) die Vorzüge des Seebades zu Dobberan.

Hier setzte das Bad bei Hysterikern die Blähungen in Bewegung, hier versenkte ein Hypochonder seinen Spleen in die Ostseite, hier beseitigte man Traurigkeit und Beklemmungen, wenn zu Hause die reizbaren und empfindlichen Teile ihren gesunden Ton verloren und sich mit einer feinen Schärfe angefüllt hatten: „Die Heilung vieler Krankheiten hängt gewiss von einer Menge von Dingen ab, die man vergeblich in den Büchsen der Apotheken sucht."

Rühmend wies auch Hufeland (1804) auf die Erfolge des Galvanismus hin, der das Schicksal aller Erfindungen theile, deren Gebrauch zuerst übertrieben worden sei, um dann nach einigen fehlgeschlagenen Versuchen zu sehr vergessen zu werden. Hufeland heilte einen schweren mit allgemeiner Anästhesie verbundenen Stupor durch Galvanisation des Plexus cardiacus. Rademin kurierte eine dreizehnjährige Stummheit durch Auflegen der galvanischen Platten auf die Zunge, während Quensel sich (1801) vergebens an einen nach Typhus verblödeten Mädchen abmühte, bis sie blaue Flecken an den Hals bekam.

(Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— **Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Grossherzogthum Hessen.** Zweite Sitzung am Sonntag, den 9. Juli 1905, vormittags 11 Uhr zu Mainz im ‚Casino Hof zum Gutenberg', Grosse Bleiche 29. Tages-Ordnung: 1. Begrüssung. 2. Antrag wegen des Unterrichts in forensischer Psychiatrie an der Landes-Universität. Berichterstatter Herr Justizrath Dr. Horch-Mainz. 3. Die Zwangs-(Fürsorge)-Erziehung unter besonderer Berücksichtigung der geistigminderwerthigen jugendlichen Uebelthäter. Berichterstatter die Herren Rechtsanwalt Dr. Fuld und Medicinalrath Dr. Balser-Mainz. Um 3 Uhr gemeinsames Mittagsessen im ‚Casino Hof zum Gutenberg'. Preis des trockenen Gedecks 2,50 Mk. Um 6 Uhr Gelegenheit zu einer Rheinfahrt. Preis der Karte 1,75 M. Rückkehr spätestens um 9,45 Uhr, sodass alle abgehenden Züge erreicht werden können. Wir ersuchen um möglichst frühzeitige Anmeldungen (zpeciell auch zum gemeinschaftlichen Essen). Wegen der Anmeldung einzuführender Gäste und jeder anderweitigen Auskunft wende man sich an Herrn Landrichter Dr. Jungk in Mainz oder Herrn Privatdozent Dr. Dannemann in Giessen.

Darmstadt, Mainz, Giessen, im Juni 1905.

Der Vorstand.

— **Aus den Verhandlungen der 36. Jahresversammlung der schweizerischen Irrenärzte zu Wil, am 12. und 13. Juni 1905.** Präsidium: Prof. Weber-Genf.

Riklin-Rheinau sprach über Versetzungsbesserungen. Der Vortrag wird in extenso in dieser Zeitschrift erscheinen.

Diskussion: Schiller-Wil hat womöglich noch prägnantere Erfahrungen bei der Einrichtung und Vergrösserung von Wil gemacht. Mehr als die Hälfte



der aus andern Anstalten gebrachten, meist sehr aufgeregten Fälle haben sich in den neuen Verhältnissen rasch und bedeutend, zum grossen Theil anhaltend, gebessert. Weber-Genf: Mitwirkend ist natürlich nicht blos die Aenderung, sondern auch die Verbesserung der Umgebung, die meist mit einer solchen Versetzung verbunden ist. Ich habe die gleichen Erfahrungen in Genf gemacht. Man sollte übrigens nicht nur die Kranken versetzen können, sondern auch die Aerzte. Für viele Kranke wäre es ein Trost, wenn sie in andere Hände kämen; die Aerzte würden auch ein anderes System mitbringen, und für viele Fälle könnte man auf diese weniger umständliche Weise das gleiche erreichen, wie mit der Versetzung der Kranken.

Deutschländer-Wil zeigt Präparate von einem Wilderer, der die Gewohnheit hatte, halbrohes Fuchsfleisch zu essen, und an Ecchinococcus der Leber erkrankte. Der Parasit brach in die Vena cava durch und erzeugte multiple Metastasen in Lungen und Gehirn. Klinisch hatte der Patient die Erscheinungen einer Paralyse gezeigt.

Schiller berichtet über die in Wil angewandte Arbeitstherapie: hauptsächlich Fabrikation von Papiersäcken, Holz- und Cartonschachteln.

Auch akute Fälle lassen sich zum grossen Theil und mit Nutzen beschäftigen. Besonders wohlthätig wirkt die intensive und auf jeder Abtheilung betriebene Arbeit auf die Criminellen. Das Schwungrad der Hobelmaschine dient geradezu als Schlafmittel. Von Unfällen ist bis jetzt nur ein einziger Fall einer unbedeutenden absichtlichen Selbstverletzung vorgekommen. Neben der Art des Betriebes, die auf jeden Kranken eine sehr kräftige Suggestion zur Arbeit ausübt, ist von Wichtigkeit, dass die Arbeit eine nützliche sei. — Ein Gang durch die sehr hübschen Abtheilungen zeigt, dass die „Arbeitstherapie“ in Wil qualitativ und quantitativ in beneidenswerther Weise eingerichtet ist.

Ris-Rheinau zeigt sehr klare Fibrillenfärbungen, die nach der neuen Methode Ramon y Cajals hergestellt waren. Die Färbung macht den Forscher unabhängig von den Launen der älteren Methoden.

Fröhlich-Königsfelden referirt über eine Enquête, welche die voriges Jahr bestellte Commission bei den Schweizerischen Irrenanstaltsdirectoren über die Wünschbarkeit der Errichtung einer Anstalt für verbrecherische und gefährliche Geisteskranke gemacht hat. Für die Errichtung einer solchen Anstalt haben sich erklärt 15; ebenso, aber mit dem Vorbehalt genauerer Bestimmung der Einrichtung 1; für das Project, aber in anderer Form (agrikole Colonie, Adnex an eine Strafanstalt, kantonale Centralanstalt u. c.) 5; unbestimmt 1; gegen das Project sprachen sich nur 4 aus.

In der Discussion wurde hervorgehoben, dass ein Gefängnissinspector in einer Strafanstalt viele Geisteskranke gefunden habe, die nicht in der letztjährigen Statistik figuriren. Der Beamte verlange von sich aus eine solche Anstalt. Auch Genf und Solothurn streben sie an. Wenn wir nicht daran mitarbeiten, so wird sie doch gemacht, aber dann wohl nicht so, wie es für die Behandlung von Geisteskranken zweckmässig wäre. Wir müssen darnach streben, dass der Strafgesetzentwurf dahin abgeändert wird, dass die Eidgenossenschaft solche Anstalten nicht nur unterstützen, sondern auch errichten darf, und dass sie nicht nur für unheilbare Verbrecher, sondern für alle Klassen von gefährlichen Menschen eingerichtet werden können.

Good-Münsingen bringt die Sterilisation Geisteskranker zur Discussion. Eine damals 25jährige Frau kam 1897 zum ersten Mal nach Münsingen. Sie war im 7. Monat gravid. Die zweite Schwangerschaft brachte wieder eine Psychose und einen Abort. Man rieth zur Sterilisation; Frau und Mann waren einverstanden. Der Gynäkologe wollte aber aus juristischen Gründen lieber noch eine dritte Gravidität abwarten. Nach derselben und nach Ablauf der Psychose wollte sich die Frau nicht mehr operiren lassen, da die Bedenken des Gynäkologen sie abgeschreckt hatten. — Eine 30jährige Frau aus guter Familie hat in den verschiedenen Schwangerschaften unwiderstehlichen Hang zur Vagabundage und Diebstahl gezeigt. Man liess sie etwa 30 Delicte begehen, bis der Staatsanwalt Verdacht schöpfte. Operiren will sie niemand. Obschon sie zwischen den Schwangerschaften eine tüchtige und ganz ungefährliche Mutter ihrer 5 Kinder ist, muss sie in einer Anstalt als gemeingefährlich eingesperrt sein, weil niemand die Garantie gegen eine neue Schwangerschaft und damit gegen neue Delikte übernehmen kann. — Ein geisteskranker, aber ganz arbeitsfähiger Mann schwängert im Urlaub seine Frau, die schon 9 Kinder hat. Die Gemeinde verlangt dessen dauernde Internirung um so mehr, als schon die beiden letzten Kinder abnorm sind. — Eine hochgradig nervöse Dame konnte nicht verhindert werden, ihren epileptischen Cousin zu heirathen. — In allen solchen Fällen geben anticonceptionelle Mittel wenig Hoffnung auf Erfolg. In einzelnen Fällen hat der Hausarzt solche verordnet, aber ohne die gewünschte Wirkung.

Man sollte also die Frage prüfen, welche Krankheitsformen und welche Umstände die Sterilisation wünschbar oder nöthig machen, dann wäre die Sache auch bei einer allgemeinen Aerzteversammlung zur Sprache zu bringen und zuletzt in Verbindung mit Juristen gesetzlich zu regeln. Vorläufig sollte die Versammlung schweizerischer Irrenärzte die gesetzliche Regelung der facultativen Sterilisation Geisteskranker als wünschbar erklären.

Discussion: Schiller-Wil war durch einen criminellen Degenerirten vor die Frage der Sterilisation gestellt worden. Der Mann hatte eine Operation selber gewünscht, weil er dann mehr Freiheit hätte bekommen können. Auch der Staatsanwalt, an den sich Schiller wandte, fühlte sich incompetent, und so bleibt der Mann gegen seinen Willen uncastrirt, weil niemand die Verantwortung tragen will.

Bleuler-Burghölzli hat wenig Hoffnung, dass wir bald zu einer practischen Regelung der Sache kommen können. Um so nothwendiger ist es, dass



man die Frage bei jeder Gelegenheit bespreche und die Oeffentlichkeit damit beschäftige. Eine Lösung liegt sowohl im Interesse der Kranken selber, als in dem der Allgemeinheit und der Nachkommenschaft. Redner hat namentlich in Rheinau viele Kranke gekannt, die nicht eingesperrt sein mussten, wenn man den Mut hätte, sie zu sterilisiren. In dem Falle eines kleinen Scheusals, das mit 5 Jahren schon angefangen hatte, andere Kinder zu verführen und später auch Attentate machte, hatte die Armenpflege mit Recht die Castration gewünscht. Redner hatte sich aber nicht an die Operation gewagt.

Weber-Genf meint, einen Theil der Fälle würde man in der französischen Schweiz einfach durch Abort erledigen. Der Abort werde ausser den Ländern deutscher Zunge bekanntlich von Laien practizirt, die es mit den Indicationen nicht so genau nehmen. Aber auch die Aerzte fassen dort die Indicationen nicht so eng wie bei uns, wo man überhaupt zu wenig Verständniss habe für das, was man die „soins hygieniques de la femme“ nenne.

Die Versammlung erklärt sich ohne Widerspruch für die Wünschbarkeit der socialen Sterilisirung von Geisteskranken, und die gesetzliche Regelung der Materie. Dagegen hält sie es für verfrüht, jetzt schon bestimmte Indicationen und Vorsichtsmaassregeln aufzustellen.

Fröhlich-Königsfelden hat im Jahresberichte von Wil pro 1902 gelesen: „Ein Wärter musste während des Dienstes verhaftet werden, da er sich von einem Patienten hatte bestechen lassen, ihm zur Entweichung zu verhelfen. Diese Entweichung konnte verhindert werden, da das Complott verrathen wurde. Der Wärter wurde von dem Bezirksgericht zu einer Gefängnissstrafe von 2 Monaten verurtheilt mit Abzug der Untersuchungshaft; er appellirte an das Kantonsgericht, und dieses verschärfte die Strafe in dem Sinne, dass ihm die Untersuchungshaft nicht angerechnet werde.“ Fröhlich hat eine ähnliche Erfahrung gemacht: Ein Wärter gab einem criminellen Kranken einen Schlüssel, den aber der Patient nicht benutzte. Der Staatsanwalt wollte die Klage nicht an die Hand nehmen aus Mangel an gesetzlichen Bestimmungen. Auf Privatklage hin wurde der Wärter dann wegen Vergehen gegen die öffentliche Sicherheit zu 3 Tagen Haft verurtheilt. Ist die Strafe so schon eine lächerlich kleine, so wäre es im Aargau ganz unmöglich gewesen, den Schuldigen zur Rechenschaft zu ziehen, wenn es sich nicht in diesem Falle um einen verbrecherischen Irren gehandelt hätte. Man sollte darauf hinwirken, dass eine entsprechende Bestimmung ins neue Strafgesetzbuch aufgenommen würde, man sollte sie aber von dem Artikel über Gefangenenbefreiung trennen.

Schiller-Wil fügt hinzu, dass auch im Canton St. Gallen die Bestrafung zu Controversen Anlass gegeben habe und dass man deshalb nun eine Dienstinstruction gemacht habe, für die die Wärter ins Handgelübde genommen werden. Man könne die fehlbaren Angestellten wie jeden anderen Beamten wegen Amtspflichtverletzung belangen.

Die Versammlung ist mit dem Antrag Fröhlich einverstanden.

Referate.

— Paul Richer: L'Art et la Médecine. Paris, Gaulthier, Magnier & Co. 1903.

Die Beziehungen der Kunst zur Medicin zum Gegenstand der Betrachtung zu machen, ist für jeden etwas schöngeistig veranlagten Arzt ein naheliegender Gedanke. Untersuchungen dieser Art sind denn auch schon in früheren Zeiten namentlich von deutschen Gelehrten des Oefteren vorgenommen worden.

Von französischer Seite sind es Charcot und seine Schüler, wie Richer, Gilles de la Tourette, Albert Londe, Henry Meige, die seit Jahren mit vieler Liebe und in umfassender Weise die Werke der bildenden Kunst auf ihren Zusammenhang mit der Medicin betrachteten und die Ergebnisse zum Theil schon in früheren Veröffentlichungen niederlegten. Das vorliegende von Richer bearbeitete Werk stellt eine Zusammenfassung und Vervollständigung derselben dar. Diese Thatsache an und für sich wird dem Buche das Interesse der Fachgenossen sichern, das gesteigert wird durch eine weitgehende Berücksichtigung gerade des psychiatrisch-neurologischen Theiles der Medicin in seinen Beziehungen zur Kunst.

Das erste Kapitel, zugleich das längste des Buches, handelt von den Dämonomanen. Man könnte dem Kapitel fast die Ueberschrift eines Beitrages zur Geschichte der Hysterie geben. An der Hand von zahlreichen Abbildungen werden wir belehrt, wie die Hysterie schon seit den ältesten Zeiten eine ihrem Wesen nach freilich nicht erkannte, aber doch häufig und genau beobachtete Krankheit ist. Ein Theil der Künstler nimmt bei der Darstellung Hysterischer (Besessener) den Vorwurf zu häufig aus der eigenen Phantasie und ist mehr conventionell als lebenswahr. Andere Künstler, so namentlich die der Renaissance in Italien und die Niederländer legen auf eine möglichst naturgetreue Wiedergabe von Selbstgeschautem einen so hohen Werth, dass ihre Bilder zum Theile eine genaue klinisch-analytische Untersuchung zulassen. Andrea del Sarto und Rubens werden wegen der Lebenswahrheit ihrer Bilder hervorgehoben. Auf die für den Irrenarzt sehr interessanten Einzelheiten dieses Kapitels einzugehen, ist hier unmöglich. Es will gelesen, geschaut sein und man wird erkennen, wie alle Attituden, die ganze Scala der Mimik, die Lähmungen etc. von Hysterischen in den Bildwerken alter Meister eine so getreue Wiedergabe finden, als hätten an der grande nevrose Leidende im Krankensaale dem Künstler zum Vorwurfe gedient. Mit Pinsel und Meissel wurde unbewusst eine brauchbarere Geschichte der Hysterie ausgearbeitet, als dies mit der Feder gelungen ist.

Zu dem Grotesken, zu Werken der Carricatur führt uns das nächste Kapitel. Man ist meist geneigt, in der Carricatur nur den Ausfluss einer bizarren Künstlerphantasie zu erblicken. Hier wird uns aber gezeigt, dass den Künstlern bei ihrem Bestreben, das Lächerliche und Satyrische darzustellen, kranke, verkümmerte, missgestaltete Menschen als Modelle dienten.



So nahm man Gesichtslähmungen als Vorbilder zur Zeichnung des Fratzenhaften bei alten Masken etc., wie uns durch im Texte nebenbeistehende Krankenaufnahmen aus der Salpetrière bewiesen wird.

Weiterhin stossen wir bei Betrachtung der von den alten Künstlern dargestellten Zwerge, Narren und Idioten auf naturgetreue Zeichnungen von Rachitischen, Myxödematösen, Microcephalen, Hydrocephalen, Porencephalen und allen möglichen Erscheinungen der Entartung — gewiss eine Abhandlung von speciell neurologisch-psychiatrischem Interesse.

In den umfangreichen weiteren Kapiteln, in welchen die künstlerischen Wiedergaben von Hautkranken, Leprösen, Pestkranken, Verkrüppelten und Leichen besprochen werden, wird den Beziehungen der Kunst zur allgemeinen Medicin mehr Rechnung getragen. Nichtsdestoweniger wird auch hier wieder ab und zu durch Vorführung von Bildwerken mit Hysterischen und mit Erkrankungen der Centralorgane aller Art die Aufmerksamkeit des Neurologen angezogen.

Für die Geschichte speciell der neurologisch-psychiatrischen Wissenschaft wird Richer's Werk zweifelsohne eine sehr wichtige Unterlage bilden.

Ein sauberer, grosser Druck und eine Reihe gut ausgeführter Tafelbilder sind ein angenehmer Vorzug des Buches. Die in den Text gedruckten Abbildungen sind zum Theil leider etwas klein und lassen die gesuchten Details nicht immer leicht erkennen. Dessen ungeachtet wird man immer wieder die namentlich für den Irrenarzt so interessanten Bilder gerne beschauen und sich in den Text des Buches vertiefen. Horstmann-Treptow a. Rega.

— W. Weygandt: Leichtabnorme Kinder. Halle a. S., Verlag von Carl Marhold, 1905. 40 S.

Die Broschüre ist die ausführliche Wiedergabe eines gemeinsam mit Thoma auf der letzten Jahresversammlung der südwestdeutschen Irrenärzte erstatteten Referates. Den Inhalt dieses Referates findet man im sechsten Jahrgang dieser Zeitschrift (S. 392—394). Ueber die Störungen leicht hysterischer und konstitutionell neurasthenischer Kinder berichtete damals Thoma. Die Besprechung dieser beiden Gruppen kommt daher hier leider in Wegfall. Verf. betont eingangs die Unmöglichkeit, auf diesem bisher noch wenig bearbeiteten Sonderzweig der Psychiatrie jetzt schon Vollständiges bringen zu können. Die schwierige Aufgabe, einem so umfangreichen, vielseitigen Gebiete in knapper Form gerecht zu werden, ist hier in glücklicher Weise gelöst. Dem Pädagogen, dem Schularzte und dem Psychiater ist in der vorliegenden Schrift eine rasche Orientirung über die einschlägigen Fragen nebst neuen Gesichtspunkten und vielen Anregungen geboten.

Horstmann-Treptow a. Rega.

— Lehrbuch der Psychiatrie. Bearbeitet von A. Cramer, A. Hoche, A. Westphal, R. Wollenberg und den Herausgebern O. Binswanger und E. Siemerling. Verlag von G. Fischer, Jena 1904. Preis broch. 5 M., gebunden 6 M.

Zwar herrschen noch lebhafte Meinungsverschiedenheiten über Detailfragen in der klinischen Psychiatrie. Aber in den meisten Hauptfragen ist es im letzten Decennium bei den leitenden Männern zur Einigung gekommen. Auf Grund der Errungenschaften bedeutender Vorkämpfer und sorgfältiger eigener Beobachtung konnten es nunmehr 6 klinische Lehrer unternehmen, den gegenwärtigen Standpunkt der Psychiatrie in einem gemeinsam herausgegebenen Lehrbuch zu fixiren. Binswanger hat den allgemeinen Theil, A. Westphal, Siemerling, Cramer, Hoche und Wollenberg haben je eine Anzahl Kapitel des speciellen Theils in mustergültiger Weise, mit Prägnanz und Gewandtheit behandelt. Das Werk soll den klinischen Unterricht ergänzen, es soll den praktischen Aerzten als Repetitorium dienen und sie in den Stand setzen, das früher Gelernte am Krankenbett nützlich zu verwerthen.

Wir wollen hören, wie der Standpunkt der Verfasser betreffs einiger solcher Fragen ist, über die die Meinungen bis vor kurzem noch getheilt waren bezw. es noch jetzt sind. Selbstverständlich können wir nur Einzelnes herausgreifen. A. Westphal schreibt, es bewendet bei der Manie nur in seltenen Fällen bei einem einmaligen Anfall im Leben, von allen Geisteskrankheiten besitzt die Manie die grösste Neigung zu Wiederholungen. Die Dauer der Melancholie kann eine Reihe von Monaten betragen, kann aber auch 1 Jahr und länger währen, selbst nach 4—5jähriger Dauer der Melancholie wird noch Heilung beobachtet. Bei jugendlicher Melancholie muss man stets mit der Wahrscheinlichkeit späterer Erkrankung im Leben rechnen. Der Satz auf Seite 97: „ein Ausgang der jugendlichen Melancholie in dauernde geistige Schwächezustände, die den Namen Demenz verdienen, wird nicht beobachtet" bedürfte wohl des Zusatzes, dass die Dementia präcox sich oft mit Depressionszuständen einleitet und dass manche solcher Depressionszustände monatelang von Melancholie nicht zu unterscheiden sind, zuletzt aber in Verblödung mit Stereotypien oder Manirirtheiten ausgehen. — Auffallend ist, dass Siemerling in Berlin die Dementia präcox nur in 2% der Wochenbettpsychosen sah. Hier ist aber zu bedenken, dass das Krankenmaterial einer Grossstadt vielfach anders beschaffen ist als das einer Irrenanstalt, die vom Land bezw. aus kleinen Städten recrutirt, dass Dementia präcox oft erst nach längerer Beobachtung diagnosticirt werden kann, manche Kranke aber vorher die Anstalt verlassen, dass es schwer ist in einer Riesenstadt wie Berlin die entlassenen Kranken katemnestisch zu verfolgen und dass vor allem zu der Zeit, wo Siemerling in Berlin war, das Auge aller Psychiater noch nicht genug geschärft war für die Erkennung der Dementia präcox. Gewiss kommen katatone Erscheinungen gelegentlich bei allen akuten Psychosen vor, gewiss bilden (einzelne! Ref.) katatonische Erscheinungen noch lange kein ausreichendes Kriterium, um die Prognose ohne Weiteres zu verschlechtern. In allerneuester Zeit ist man ja auch wieder etwas zurückhaltender mit der Diagnose der Dementia präcox geworden. Trotz

dieser Beschränkung bleibt aber z. B. bei uns in Sachsen die Dementia präcox sowohl überhaupt wie im Besondern im Wochenbett die häufigste psychische Krankheit. Uebrigens wird voraussichtlich noch manche Unsicherheit beseitigt werden durch ein genaueres Studium der Mischformen des manisch-depressiven Irreseins, wie es Kraepelin in der 7. Auflage seines Lehrbuchs begonnen hat (II. Band, S. 539 ff.). Siemerling ist ein unangenehmer Druckfehler auf S. 179 entgangen, es hat doch Fürstner seine Arbeit über Schwangerschafts- und Puerperalpsychosen nicht erst 1894 sondern bereits 1874 veröffentlicht, worauf er mit Recht Werth legen wird. Aus Hoche's mit bekannter Klarheit geschriebenen Kapiteln über die jugendlichen Verblödungsprocesse ist der Satz hervorzuheben, dass keineswegs alle Fälle von Dementia präcox zu höheren Graden der geistigen Schwäche führen, dass vielmehr ein Theil mit einem gewissen Defektzustand heilt, während ein kleiner Bruchtheil eine volle Wiederherstellung zu erfahren scheint. Dass die Dementia paranoides — auch im Verhältniss zu Hebephrenie und Katatonie — eine „nicht häufige" Krankheit sei, wird Hoche gegenüber Jeder bestreiten, der in seiner Anstalt viel chronische Fälle hat. Betreffs der Ausgänge der „akuten Paranoia" (die vereinigten 6 klinischen Lehrer halten an diesem Namen fest) schreibt Siemerling, die Krankheit könne in Heilung übergehen, sie könne sich in periodischen Anfällen wiederholen oder sie stelle das Vorstadium der chronischen Paranoia dar; die kranken Vorstellungen haften dann entweder in geschlossenem System oder es tritt ein Zerfall des Zusammenhangs ein, indem sich eine mehr oder minder weitgehende Demenz mit Zerfahrenheit, läppischen, albernen Wesen und leichter intercurrenter Erregung ausbildet. Andere Psychiater wieder rücksichtlich der chronischen Fälle, mehr den „Längsschnitt" der ganzen Krankheit übersehend, sagen: es handelt sich von vornherein um chronische Paranoia bezw. um Dementia paranoides, die Krankheit setzte nur akut ein, wie es ja C. Westphal sen. schon vor langen Jahren beschrieb. Siemerling kann man übrigens nicht zugeben, dass es nur ein verhältnissmässig seltenes Vorkommen sei, dass sich die „akute Paranoia" in periodischen Anfällen wiederhole. Referent und Andere haben es oft beobachtet, dass sog. akute Paranoia als Phase des manisch-depressiven Irreseins auftrat.

Aus dem Studium des neuen Lehrbuchs, dem wir besten Erfolg wünschen, erkennen wir, wie eifrig unser Fach jetzt auf allen Fronten betrieben wird. In künftigen Auflagen des neuen Lehrbuchs wird man manchen Aenderungen begegnen. Je sorgfältiger die Geisteskranken beobachtet und je genauer sie in ihrem Leben ausserhalb oder innerhalb der Anstalten verfolgt werden, um so mehr werden sich unsere Kenntnisse vertiefen, um so mehr werden die Darstellungen der Lehrbücher der Wirklichkeit nahe kommen, um so klarer und lichtvoller wird das Ganze werden. Stillstand ist Rückschritt. Neue Errungenschaften dürfen in neuen Auflagen nicht verschwiegen werden, eingewurzelte Irrthümer muss man ablegen und alte Zöpfe doch abschneiden, sowie man sie als solche erkannt hat. Berücksichtigen wir doch, wieviel sich seit einem Menschenalter in allen Zweigen der Medicin geändert hat und wie Vieles noch im Fliessen und Werden ist. Wir müssen es dann billiger Weise ablehnen, dass man der Psychiatrie oder den psychiatrischen Forschern einen Vorwurf wegen der durch die weitere Entwicklung gebotenen Aenderungen des Systems macht. Die Variabilität der Lehre ist doch nur ein Zeichen dafür, dass sich auf einem sehr schwierigen Gebiete viele Köpfe mit z. Th. verschiedenen Methoden rüstig bethätigen!

G. Ilberg-Grossschweidnitz.

— B. Heyne, Anstaltsgeistlicher der Pr. Heilanstalt Münster (W.): Ueber Besessenheitswahn bei geistigen Erkrankungszuständen. No. XIV aus Seelsorger-Praxis, Sammlung praktischer Taschenbücher für den katholischen Klerus. Mit bischöflicher Approbation gedruckt. Paderborn 1904. (Mit 13 Figuren.)

Das kleine Werk will die Krankheiten darstellen, die mit Besessenheit Aehnlichkeit haben. Einleitend bespricht es die Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, worauf es die Dämonomanie zu schildern sucht. Die krankhafte Vorstellung, vom Teufel besessen zu sein, ist keine selbständige Krankheit, sondern ein Symptom, das bei verschiedenen Krankheiten vorkommen kann, so bei Epilepsie, Melancholie, periodischer Geistesstörung, Paranoia, Hysterie und Entartungsirresein. Sodann werden die psychischen Epidemien dargestellt. Reichlich wird die Litteratur der Psychiatrie und Völkerkunde verwerthet. Was Besessenheit, abgesehen von jenen Krankheitszuständen, sei, erfahren wir nicht. Doch ist der gute Wille durchaus hervorzuheben, mit dem das Buch den psychiatrischen Errungenschaften gerecht zu werden sucht; es giebt Rathschläge über den Verkehr des Geistlichen mit Epileptischen, es sucht sogar den Wemdinger Fall einer Teufelsaustreibung medicinisch zu verstehen.

Weygandt-Würzburg.

— Naumann, Anstaltspfarrer: Ist lebhaftes religiöses Empfinden ein Zeichen geistiger Krankheit oder Gesundheit. Tübingen-Leipzig 1903.

Religiöses Leben ist nach N. an sich gesund und ein wesentlicher Theil des menschlichen Geistes. Fehlen des Religiösen ist Mangel in der normalen geistigen Verfassung. Es giebt krankhafte Steigerungen des religiösen Lebens. Weygandt-Würzburg.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 15. 8. Juli. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Gutachten über die Zeugnissfähigkeit eines Schwachsinnigen.

Von Dr. *Fritz Hoppe*, Oberarzt a. d. ostpr. Prov.-Irren-Heil- und Pflegeanstalt Allenberg.

Hoche geht in seinen Ausführungen „Zur Frage der Zeugnissfähigkeit geistig abnormer Personen" (Juristisch-psychiatrische Grenzfragen Bd. I, H. 8), von einem Falle aus, in dem wesentlich auf das beeidete Zeugniss eines epileptischen Schwachsinnigen hin eine Verurtheilung zu 2 Jahren Gefängniss wegen Verbrechens gegen § 176, 2 R. Str. Gb. erfolgte. Obwohl Hoche später in einem Gutachten einwandsfrei nachwies, dass die Aussagen jenes Zeugen materiell unbrauchbar waren, wurde aus rechtlichen Gründen die Wiederaufnahme des Verfahrens abgelehnt und die Verurtheilung blieb trotz aller schweren Bedenken gegen ihre Rechtsmässigkeit bestehen. Ich hatte Gelegenheit, einen sehr ähnlichen Fall zu begutachten, der jedoch durch noch rechtzeitige, wenn auch verspätete Zuziehung des psychiatrischen Sachverständigen nicht zu denselben verhängissvollen Folgen führte. Ich theile ihn in Folgendem kurz mit:

In der Nacht zum 18. III. 04 wurde der Wittwe B. in L. mittels Einbruches eine Anzahl Hühner aus einem verschlossenen Stalle gestohlen, in dem der Ortsarme G. R. schlief. Die Anzeige des Fussgendarmen W. führte als einzigen Zeugen diesen G. R. an und zwar bereits mit der Bemerkung, dass derselbe verkrüppelt sei, an Fallsucht leide, geistig wohl nicht ganz normal und in seiner Sprache schwer verständlich sei; er habe etwa folgende Angaben gemacht: Als G. R. in der betreffenden Nacht aufgestanden sei, um das Wasser abzuschlagen, sei ihm im Stalle der Maurer S. J. entgegengetreten und habe ihn mit körperlicher Misshandlung bedroht, falls er etwas davon weitererzählen würde. An der geöffneten Stallthüre hätte dessen Schwager, der Maurer B. J., gestanden. Die Anzeige spricht gleichzeitig aus, dass beide beschuldigten Maurer als berüchtigte Diebe in der Umgegend bekannt seien. In dem Vorverfahren leugneten beide Beschuldigten und gaben an, dass sie in der fraglichen Nacht mit ihren Ehefrauen zu Hause gewesen seien. Da der Ortsarme G. R. inzwischen in die Landarmenanstalt zu H. überführt worden war, verfügte der Staatsanwalt dessen Zeugenvernehmung durch das Amtsgericht zu H. mit der Anfrage, ob der Zeuge als geistig normal zu erachten sei. Bei dieser Verhandlung am 10. V. 04, die ohne Zuziehung eines ärztlichen Sachverständigen erfolgte, stellte der Richter fest, dass die Verständigung mit dem Zeugen sehr schwierig wäre, da er nur undeutlich und unartikulirt spräche, jedoch die an ihn gestellten Fragen verstände. Er sei wohl in seiner Ausbildung zurückgeblieben, anscheinend in Folge seiner Krüppelhaftigkeit und der Fehlerhaftigkeit seiner Sprechorgane. Er habe die Schule zwar besucht, sei aber nicht eingesegnet, könne auch weder lesen noch schreiben. Ueber die Art der folgenden Vernehmung bezüglich der fraglichen Vorfälle giebt der Wortlaut des Protocolls ein bezeichnendes Bild. „Mit Zuhülfenahme der Anzeige des Gendarmes" wurde dem Zeugen seine Wissenschaft „abgefragt", wobei ihm „die Anzeige satzweise vorgelesen wurde; er bestätigte die in der Anzeige über die Diebstähle und deren Ausführung gemachten Angaben anscheinend zweifellos." Ferner wird bemerkt, dass Zeuge seine Wahrnehmungen zuerst der bestohlenen Wittwe B. mitgetheilt habe; diese habe dann die weitere Meldung an den Gendarm gemacht. Ueber Einzelheiten während der That selbst berichtet das Protokoll nur jene Dinge, die bereits aus den Acten zu entnehmen waren. Eine Vereidigung fand nicht statt. Hierauf forderte der Staatsanwalt ein ärztliches Gutachten ein „darüber, ob G. R. soweit für geistig normal zu erachten ist, dass seine dem Gendarmen gegenüber und bei seiner gerichtlichen Vernehmung am 10. V. 04 wiedergegebenen Beobachtungen für glaubhaft gehalten werden können." Am

17. VIII. 04 erstattete ich dieses Gutachten, das ich in seinem interessirenden Theile wörtlich wiedergebe:

„Im Allgemeinen bemerke ich, dass Schwachsinnige namentlich in den höheren Graden dieses krankhaften Geisteszustandes in ihren Angaben äusserst unzuverlässig sind. Dies wird in erster Linie durch ihre grosse Beeinflussbarkeit bedingt. Auf Suggestivfragen erhält man in vielen Fällen eine zustimmende Antwort. Sodann ist das Gedächtniss solcher Personen oft trügerisch; Dinge, die ihnen häufig vorerzählt werden, glauben sie schliesslich selbst erlebt zu haben; auch werden bisweilen für Dinge, die dem Gedächtniss entfallen sind, unwillkürliche, den Thatsachen nicht entsprechende Ergänzungen gemacht. Dazu besteht bisweilen eine gewisse Eitelkeit, dass auf ihre Aussagen Gewicht gelegt wird, weshalb sie den Ausfragern gerne und häufig ganz nach deren Wunsch antworten.

Der Ortsarme z. Z. in der Landarmenanstalt zu H. befindliche G. R., geb. zu T., Kreis S., 21 Jahre alt, leidet an hochgradigem, angeborenem Schwachsinne, auch ist seine Aussprache und damit die Verständigung sehr mangelhaft. Angeblich leidet er auch an Epilepsie, in unserer Anstalt sind aber bei ihm hierfür noch keine Zeichen beobachtet. Um zu sehen, ob die oben geschilderten, psychiatrischen Erfahrungen bezüglich der Unsicherheit der Aussagen Schwachsinniger auch auf den G. R. zutreffen, forderte ich diesen auf, mir die Angelegenheit zu erzählen; das brachte er aber nur äusserst mangelhaft fertig, vielmehr war ich oft genöthigt, durch Fragen das Gewünschte erst herauszudrücken. Um die Beeinflussbarkeit der Aussagen auf die Probe zu stellen, stellte ich ihm folgende, frei erfundene Versuchsfragen: Ich fragte ihn, ob der Thäter eine rothe Mütze bei der That aufgehabt hätte; G. R. sagte: „Ja". Ich fragte ihn noch mehrmals, ob das wirklich richtig sei, und er bestätigte es immer. Dann aber fragte ich dazwischen, ob er sich nicht irrte, die Mütze sei vielleicht nicht roth, sondern grün gewesen; jetzt behauptete er mehrmals nachdrücklichst, die Mütze wäre grün gewesen. Auch über andere Ereignisse während der betreffenden That liess sich die Beeinflussbarkeit der Aussagen des G. R. feststellen. Anfangs erzählte er nur, dass der eine der Diebe ihn mit der Faust unter das Kinn gestossen hätte. Als ich aber die Suggestivfrage that, er sei doch auch zu Boden geworfen und geschlagen, da bestätigte er mir dieses auch und behauptete es als sicher feststehend. Einzelne, andere Suggestivfragen hatten einen negativen Erfolg.

Gutachten: Aus dieser Untersuchung sowie aus meinen sonstigen Kenntnissen, die ich von dem Geisteszustande des G. R. besitze, folgt, dass seinen Angaben, soweit sie als Antworten auf gestellte Fragen gemacht werden, nur in geringem Maasse Glauben zu schenken ist (anscheinend trifft dieses für die Gerichtsverhandlung vom 10. V. 04 zu, zum Mindesten ist ihm die Anzeige des Gendarms und damit seine frühere Aussage vor seiner Vernehmung vorgelesen worden). Sollte es sich aber durch die Vernehmung der übrigen betheiligten Personen sicher feststellen lassen, dass G. R. seine ersten Aussagen ganz freiwillig, namentlich über die Namen der beiden Beschuldigten gemacht hat, ohne dass ihm vorher jene Personen als verdächtig bezeichnet wurden, dann wäre diese erste Aussage als glaubwürdig zu bezeichnen."

Auf dieses Gutachten hin beauftragte der Staatsanwalt den Gendarmen W., festzustellen, ob der G. R. in seinen ersten Angaben völlig freiwillig die Namen der Beschuldigten genannt habe, oder ob es wahrscheinlich ist, dass die Bestohlenen zuerst den Verdacht auf die Beschuldigten gelenkt hätten. Obwohl der Gendarm berichtete, dass nach den herbeigeführten Ermittelungen der G. R. vollständig freiwillig seine Aussagen gemacht haben „soll", stellte der Staatsanwalt das Verfahren ein, da sich ausser den Angaben des G. R. kein weiteres Belastungsmaterial ergab. Die Begründung dieses Beschlusses führt aus, dass die Aussagen des G. R. zur Ueberführung der Beschuldigten nicht ausreichten. Wenn die Bestohlenen es auch in Abrede gestellt hätten, den G. R. durch Nennung der Namen der Beschuldigten beeinflusst zu haben, so erscheine das Gegentheil doch wahrscheinlicher, da die Beschuldigten allgemein im Rufe von gefährlichen Dieben gestanden hätten.

Diese Einstellung des Verfahrens war im vorliegenden Falle m. E. das einzig Richtige, sie verhinderte die Möglichkeit einer ungerechten Bestrafung, die im Hoche'schen Falle ja nicht ausgeschlossen war. Aber leider ist die Strafthat ungesühnt geblieben; ich bin der Ansicht, dass das Gutachten über die Glaubwürdigkeit der fraglichen Aussage des Schwachsinnigen hätte bestimmter ausfallen, ja vielleicht zu einer Verurtheilung der Beschuldigten führen können, wenn bis zur Zuziehung des ärztlichen Sachverständigen kein so langer Zeitraum verstrichen wäre, der geeignet war, auch bei einem geistig Gesunden die Erinnerung namentlich für Einzelheiten unsicher zu machen. Das zweckentsprechendste wäre es gewesen, dass gleich nach der ersten Anzeige des Gendarms, die ja bereits die Zeugnissfähigkeit des Zeugen in



Zweifel stellte, ein Psychiater mit der Untersuchung des G. R. beauftragt und dass in seiner Gegenwart die in Betracht kommenden übrigen Zeugen vernommen worden wären, so dass der Sachverständige selbst sich bei diesen durch eigene Zwischenfragen manche Anhaltspunkte für eine bestimmtere Beurtheilung hätte verschaffen können. Zum Mindesten hätte bereits bei der ersten richterlichen Vernehmung am 10. V. 04 ein ärztlicher Sachverständiger gehört werden müssen. Es ist im Interesse der Rechtspflege sehr wünschenswerth, dass in allen Fällen, die eine grössere Wichtigkeit haben und bei denen es sich um schwerere Verbrechen handelt, der psychiatrische Sachverständige so frühe wie irgend möglich zur Unterstützung des Staatsanwalts oder Untersuchungsrichters herangezogen wird, sobald auf die Aussagen geistig abnormer Personen mangels anderen Beweismaterials das Hauptgewicht gelegt werden muss.

Beitrag zum „no-restreint".

Von Dr. *Kerris*, Galkhausen.

Auf unsere Fahne haben wir das „no-restreint" geschrieben. Es wäre an der Zeit, einmal festzulegen, wie weit wir mit der Aufhebung des Zwanges bei der Behandlung von Geisteskranken in den Anstalten fortgeschritten sind. Die Zwangsjacke ist beseitigt. In der Kleidung und in der Badewanne wird den Kranken keine Beschränkung mehr auferlegt. Die Isolirung von Kranken ist bereits in manchen Anstalten gänzlich in Wegfall gekommen. Die neueren Anstalten erhalten bei breiten Fensterscheiben aus dünnem Glas keine Gitter mehr, welche selbst bei mehrstöckigen Gebäuden unnöthig sind. Der eine Zwang wurde nach dem anderen fallen gelassen und Bett- und Bäder-Behandlung eingeführt. Zugleich widmeten wir der Schulung des Pflegepersonals, durch welches infolge seines mangelnden Verständnisses die Kranken noch vielfach äusserem und innerem Zwang ausgesetzt waren und sind, in Unterrichtskursen und am Krankenbett unsere Aufmerksamkeit. Wir erreichen, dass das Milieu in den Anstalten sich zunehmend günstiger gestaltet. Ich glaube aber, wir schätzen den durchgreifenden Erfolg, welcher mit seiner Ausbildung erreicht werden kann, noch nicht hoch genug, noch nicht richtig ein. Wir wissen zwar längst, wie so vielfach Unruhe und zerstörende Thätigkeit der Kranken durch ein unzweckmässiges Verhalten und Vorgehen seitens der Umgebung — theils seitens des Pflegepersonals, theils seitens der anderen Kranken — hervorgerufen wurden. Wir erkennen aber noch nicht klar genug, dass der Unruhe und zerstörenden Thätigkeit durch eine sachgemässe Unterstützung der Behandlung des Arztes durch das Pflegepersonal ganz und vollständig vorgebeugt werden kann, bezw. bereits ausgebrochene Unruhe in der Anstalt eine rasche Beruhigung erfahren kann, dass wir also die ganze Anstalt auf einen ruhigen Ton zu stimmen als erreichbares Ziel ins Auge fassen müssen.

Der Ton in den einzelnen Abtheilungen der Anstalt resultirt aus der Wechselwirkung des Verhaltens des Pflegepersonals und der Kranken. Die Zeit groben Zwanges rief theils nur als Reaction auf diesen, theils durch Steigerung des Krankheitsprocesses Unruhe und zerstörende Thätigkeit hervor, und aus dieser Unruhe und zerstörenden Thätigkeit gebar sie fortwirkend durch den eingerissenen Ton des Hauses, die Macht des bösen Beispiels und ein ungeeignetes Verhalten des unqualificirten Personals fortwährend neue. Je mehr wir unser Personal erkennen lehrten, wie es in zunehmendem Maasse Unruhe und zerstörende Thätigkeit der Kranken durch Vermeiden schroffen und ungeschickten Handelns und durch ruhig-freundliches Verhalten vermeiden lernen kann, um so mehr sahen wir, wie wir es ja voraussetzten, dass der Ton der Krankenabtheilungen und das Verhalten der Kranken wesentlich durch die Art des Verkehrs und Tones des Pflegepersonals bestimmt wird, welcher ruhig und freundlich ebenso günstig in seinem Einfluss auf das Verhalten aller Kranken ist, wie das Unangemessene in seinem Verhalten und Ton bei ungenügendem Verständniss für seine Aufgabe auf alle Kranke ungünstig und degenerirend wirkte. Je mehr wir lernten durch sachgemässe Schulung des Pflegepersonals Zwang und provokatorische Reize den Kranken fernzuhalten, um so mehr sahen wir den Verlauf der Geisteskrankheiten an sich sich ruhiger gestalten, die Intensität der Symptome und ihre Perversion in pejus abnehmen. Längst wissen wir, in wie hohem Maasse diese äusseren, ausserhalb der Krankheit liegenden Reize den inneren Krankheitsreiz verstärkten und ungünstig beeinflussten und wie hierdurch ganz wesentlich andere Krankheits-



bilder geschaffen wurden. Nie hat es uns recht einleuchten wollen, dass die Kranken durch das Wesen der Krankheit gezwungen sein sollten, in so kindischem Gebahren, wie wüstem Geschrei und Geschimpfe, Umherspringen, Zerschlagen und Zerwerfen von Gegenständen, Zerreissen von Zeug, ihrer inneren Spannung Luft zu machen; wir fühlten und sahen es im Verkehr mit den Kranken, dass unberechtigter äusserer und innerer Zwang, Ton des Hauses und böses Beispiel, nicht die Erkrankung an sich diese kindische Reaction verursachten. Wir lernen ferner immer mehr erkennen, dass die Erregungs- und Verwirrtheitszustände und die affectiven Geistesstörungen höheren Grades in günstiger, ruhiger Umgebung infolge ihres traumartigen Charakters an sich keine Tendenz haben, die innere Spannung nach aussen zu entladen. Wir sehen bei noch verhältnissmässig geringem Erfolg der Schulung des Personals Manien, ängstliche Melancholien, Erregungs- und Verwirrtheitszustände höherer Art ruhig verlaufen. Wir sehen bei sich steigernder Spannung Explosionen erst, wenn die Umgebung sich dem Kranken durch ungeeignetes und unzweckmässiges Verhalten aufdrängt.

Wenn es uns nun einerseits immer mehr gelingt, ungünstige Beeinflussung der Kranken durch Ungeschick und Schroffheit des Pflegepersonals in Wort und Handeln — gewollte und nicht gewollte — durch die fortgesetzte Schulung zu beseitigen, so haben wir andererseits neben dem Einfluss der sachgemässen Behandlung und Kunst des Arztes auch noch eine positive Handhabe in dem Pflegepersonal zu einer günstigen Beeinflussung der Kranken. Neben dem nihil nocere lehren wir es ja das Vertrauen und die Schätzung der Kranken sich zu erwerben. Indem wir ihm das Verständniss für die krankhaften Zustände und die verschiedene Art des Verkehrs mit den Kranken verschiedener Art immer mehr erwecken, weisen wir es ja besonders auf den Einfluss der unbeirrt ruhigen, wohlwollenden Persönlichkeit auf den Kranken hin. Die fortwährende wohlthuende geistige Beeinflussung lehren wir es erkennen, welche die zielbewusste, unabänderliche Ruhe und Freundlichkeit auf den Kranken, selbst z. B. in Zuständen zorniger Gereiztheit, schwerer Niedergeschlagenheit, ängstlicher hallucinatorischer Verwirrtheit ausübt. Wir lehren es erkennen, dass die Nähe einer solchen Person mit ihrer Ruhe und ihrer Freundlichkeit dem Kranken die Intensität seines Gefühls- und Vorstellungslebens wohlthuend zu mildern versteht, dass sie, mag das Bewusstsein auch tief traumhaft gestört sein, ihm das Gefühl eines Geborgenseins, eines Geschütztseins im Unterbewusstsein zu geben vermag. Die unbeirrt freundliche und wohlwollende, verständnisvolle Ruhe ist ein ganz wesentlicher Factor in der psychischen Therapie. Den günstigen Einfluss derselben auf schlummerndes Krankheitsgefühl und Krankheitsbewusstsein, auf unterbewussten Zweifel an der Realität der krankhaften Erlebnisse, auf das krankhafte Gefühlsleben, indirect auf die Sinnestäuschungen durch Milderung ihrer Stärke und Dämpfung ihrer Klangfarbe dürfen wir nicht gering anschlagen.

Vielfach pflegt man die weiblichen Geisteskranken für unruhiger und zerstörungssüchtiger zu halten. Leichter erregbar sind sie ja, aber auch leichter zu beruhigen. Die grössere Unruhe in Frauenabtheilungen liegt nur daran, dass gemäss der weiblichen Natur das weibliche Pflegepersonal nicht genügend ausgebildet, vorschneller und unbedachtsamer ist. Durchgeschult übertrifft es aber an Selbstdisciplin, freundlicher Ruhe und Verständniss für die Krankenpflege weit das männliche.

Wenn unsere Bemühungen uns ein durchgeschultes und stabiles Pflegepersonal geschaffen haben, werden wir Unruhe und zerstörende Thätigkeit — selbstverständlich ohne „Beruhigung" durch reichliche Gaben von Narcoticis, welche mit dem „no-restreint" sich nicht verträgt, selbst ohne Dauerbäder, gegen welche aber hiermit nichts gesagt sein soll — gänzlich aus den Anstalten zu verbannen lernen. Wir werden erkennen, dass die Geisteskrankheiten an sich unter sachgemässer Behandlung in den Anstalten, in welchen die Kranken ja den kontinuirlichen krankheitssteigernden Einflüssen der Aussenwelt entzogen sind, einen ruhigen Verlauf nehmen.

Zur Entwickelung der deutschen Psychiatrie im Beginne des 19. Jahrhunderts.

Von Oberarzt Dr. *Mönkemöller*, Osnabrück.

(Schluss).

Wie man vorging, schildert sehr anschaulich Harke (1806), der einen schwarzen Staar bei einer Hysterika durch den Magnetismus heilte.

Er klagte, dass vorher zu kleine Dosen gegeben worden seien, bei veralteten Leiden solle man mit dreister Hand, wenn auch mit Scharfblick, Uebung und Vorsicht handeln. Nachdem er durch Magnetismus einen 13jährigen Blödsinnigen, einen Virtuosen in der Onanie, geheilt hatte, ging er muthvoll an die



Hysterika heran und zwar mit der Streichhypnose. Beide, Arzt und Patient mussten Seide und Metall ablegen und isolierten sich durch Pech, worauf die Stühle gesetzt wurden, dazu mussten sie magnetisiertes Wasser trinken. Darauf bestrich er mit einer goldenen Medaille den rechten, mit einer silbernen den linken Arm und legte der Kranken einen Hufeisenmagnet auf die Herzgrube. Nachdem sie auch einen silbernen Löffel in die eine, eine Zinkstange in die andere Hand bekommen hatte, kam die Sehkraft wieder.

Man wandelte hier im Wesentlichen in den Bahnen Mesmer's, der 30 Jahre zuvor eine so weltbewegende Stellung eingenommen hatte. Nachdem Mesmer, wie Hufeland (1809) sagt, auf den Gedanken gekommen war, dass jeder Mensch ein Magnet sei, hatte man lange die ganze Sache für Charlanterie gehalten, erst in Deutschland wurde sie auf das rechte Maass zurückgeführt. Hufeland sah in ihr die Kunst, sich durch gewisse mysteriöse Manipulationen der Einbildungskraft des Kranken zu bemächtigen, sie auf das Psychische zu concentriren und ihre Richtung nach Willkür zu leiten.

Sonst gab man sich den abenteuerlichsten Anschauungen über den sogenannten thierischen Magnetismus hin, in dem man eine directe Naturkraft sah, die auf die Umgebung abfliessen konnte.

So berichtet Schelver allen Ernstes von einem hysterischen Künstler, der nach einem Emouvement Krämpfe bekommen hatte. Nichts half, nachdem aber ein Hund auf sein Bett gesprungen war, verschwanden die Krämpfe, um auf den Hund überzugehen. Und bei einem hysterischen Frauenzimmer gingen die bösen Säfte durch Lecken einer Anzahl Meerschweinchen auf diese über.

Auch Jördens sprach für diese Kunst, gegen die man zuerst aus allen Winkeln des Vaterlandes den Bannstrahl geschleudert habe, zumal eine die Ausübung des Magnetismus inhibirende Parlamentsacte in Frankreich die Deutschen stutzig gemacht hatte.

Jetzt aber, wo Galvanis' und Volta's wichtige Entdeckungen die älteren Mesmer's bestätigt hätten, müsse man wieder die alten Versuche aufnehmen. Er fand, dass nervensieche Subjecte zu solchen Versuchen am brauchbarsten seien, schilderte Begleiterscheinungen, die einen durchaus hysterischen Character tragen und verhehlte sich auch nicht, dass das Magnetisiren ihrem Nervensysteme oft sehr nachtheilig wurde, sodass man sie schliesslich auf weite Entfernungen magnetisiren konnte.

Trotzdem wandte man sie gerne mit Erfolg auch bei solchen an, die vorher schon mit „den geheimen Wundertropfen der Marktschreier, mit abergläubischen Einräucherungen, Gaukeleyen, Anhängseln und dergleichen Unsinn behandelt und sogar von Gassner auf der heiligen Schaubühne exorcisirt worden waren." Meist waren es natürlich Hysterische, bei denen man mit positivem und negativem Elektrisiren und der Leydener Flasche die schönsten Erfolge erzielte.

Und so wandelte man auf der Bahn der Hypnose und Suggestion herüber zu der Behandlungsmethode Reil's, die für die Therapie der Geisteskrankheiten in jener Zeit einen hochbedeutsamen Abschnitt darstellt. Schon aus dem Aufsatze Kant's, „Von der Macht des Gemüthes, durch den blossen Vorsatz seiner krankhaften Gefühle Meister zu werden", der 1798 im Hufeland'schen Journale erschien, sprechen eine Menge Anregungen, um an Stelle der somatischen Behandlung eine psychische zu setzen.

Die bekannte Reil'sche Schrift entfesselte eine Menge von Veröffentlichungen über dies Thema.

Auch im Hufeland'schen Journale zeigte sich Schmid (Berlin) als der leidenschaftlichste Verfechter der neuen Methode. 1802 entwickelte er hier seine psychologische Arzneimittellehre. Er wirkte durch den Seelenreiz, den Sinnenreiz und die Gedankenleitung.

Der Seelenreiz hatte 3 Hauptkuren unter sich; bei Atonie des Sensoriums wurde der Kranke bis zur Wuth gereizt, bei Manie trat der Terrorismus ein, man drohte zuerst mit Prügeln und gab sie auch schliesslich. Bei Melancholie setzte die Seelenfolter ein, die die Erstarrung lösen sollte. Nie contraindicirt war die Freudenkur, wobei Musik und passliche Zerstreuungen am Platze waren. „Ein kleines Orgelspiel muss daher mit zu dem psychologischen Apparat gehören." Das wirke auch am sichersten bei den niederen Volksklassen, bei denen der feinere Reiz des Sprechens verloren gehe. Zu den Zerstreuungen gehörten vor allem der Umgang mit Vernünftigen: „Die Liebe würde ich aus der psychologischen Arzneimittellehre ganz ausstreichen. Man müsste denn im Stande sein, nicht blos Liebe zu erregen, sondern auch zu befriedigen." Bei Melancholie wirkten ferner die Erregung der Wehmuth und eines schwärmerischen Zustandes, beim Wahnsinn die Belebung des Schamgefühles und Aufmunterung.

In die Therapie durch den Sinnenreiz fielen einerseits angenehme Augenreize, ein fortdauernder Schall oder starke Gerüche, anderseits die Entfernung aller Sinnesreize durch Unterbringung an einem stillen und dunkelen Orte; oder man muss seine Phantasie erregen: z. B. „im Gespräche einen Apfel hinwerfen." Dann gab es noch die Täuschungskur, die Schamkur, die Visionskur, bei der man Spiegel, Larven, Tote nicht nur zeigte, sondern ins Zimmer stellte, um die Aufmerksamkeit dauernd zu fesseln. Die Experimente sollten nach dem Vorschlage Schmid's in einem Saale der Charité angestellt werden.

Wie Schmid practisch die psychologischen Handgriffe ausübte, schildert er 1804 in der Kranken-



geschichte einer Kranken, die an einer senilen Melancholie litt.

„Wie sich in einem schwachen Magen fortdauernd Unreinigkeiten bilden, so findet im hypochondrischen Zustande eine unaufhörliche Gallenerzeugung im Sensorium statt.“ Schmid nahm an, dass sie einen Torpor im Gemüthe habe und dass das Sensorium der Seele eingerostet sei. Zunächst wandte er als psychisches Erschütterungsmittel den Zorn an; obgleich er im Hause der Kranken logierte, liess er sich das Essen aus dem Gasthofe kommen. Der aus der Beleidigung entstandene Zorn hatte denn auch eine gewisse Beruhigung im Gefolge. Darauf wurde ihr ganz brüsk ein Brief versetzt, dass ein totgeglaubter Sohn lebe. Unterdessen ging er mit ihr in der Wohnung spazieren, studirte die Biebel, kündete an, jetzt werde die Gnadenerweisung kommen und las ihr die Klagelieder Jeremiä vor. Nachdem er ihr dann erzählt hatte, ihr Mann habe ihm im Traume gesagt, was sie thun solle und ihr Heilung versprochen, liess er sie einen Fall von einer Psychose lesen, die in schwerste Geistesschwäche ausgeartet war, um ihr dann wieder ganz plötzlich eine freudige Nachricht beizubringen. Schliesslich theilte er ihr in sehr theatralischer Weise mit, er sei von Gott beauftragt, sie zu behandeln, drohte mit göttlichen Strafen, zog den Teufel heran, und sprach von der Göttlichkeit seiner Vorschriften, wozu er schweren Wein verschrieb: „Sie war tiefsinnig, aber nicht verrückt, beinahe wäre sie aber in die melancholische Verrücktheit, die etwas anderes ist als die einfache Schwermuth, verfallen.“ Nachdem er sich mit ihr in psychologischen Rapport versetzt hatte, gelang ihm die gehörige Lenkung ihrer Seele. „Man könnte es den Imaginismus nennen.“ Nachdem er noch vorsichtig geäussert, Sicherheit vor Recidiven sei in keiner Krankheit möglich, und bedeutungsvoll gedroht hatte, es wäre beinahe mit einer Krankheit geendet, die den Gebrauch der Ketten nöthig gemacht habe, hoffte er selbstzufrieden, die Brücke zwischen Arzneikunde und Psychologie geschlagen zu haben. Wie hoch seine Liquidation gewesen ist, berichtet er leider nicht.

Herz (1798), der im Uebrigen glaubte, erregte oder gehemmte Gemüthsbewegungen könnten körperliche Krankheiten heilen, klagte, dass es an einer Waage fehle, um den Schreck, Zorn u. s. w. nach Gramm und Quentchen abzutheilen.

Die psychische Diagnostik sei noch zu unvollkommen. Um so vorsichtiger müsse man mit dieser Methode sein, weil eine aufgeregte Leidenschaft in einem Augenblicke unheilbare Verrückung herbeiführen könne. Im Uebrigen suggerirte er einer Frau das kalte Fieber fort und heilte einen melancholischen Phthisiker mit grosser Todesfurcht durch die rohe Ankündigung, dass er sterben müsse.

In jene Zeit fällt auch das erste Auftreten Hahnemann's, der 1796 in Hufeland's Journal seinen: „Versuch über ein neues Princip zur Aufforderung der Heilkräfte, der Arzneisubstanzen nebst einigen Blicken auf die bisherigen“ veröffentlichte. Sein Princip: „Aehnliche Mittel gegen ähnliche Krankheiten“ liess er auch den Geisteskrankheiten zu Gute kommen.

So empfahl er den Hundsdillgleiss gegen die mit Raserei abwechselnde Blödsinnigkeit, Kokkelskörner gegen Angstzustände, Solanum gegen die Besessenheit. Belladonna nehme der Raserei das Stürmische, verschlimmere aber die Nostalgie und hebe das geschwächte Gedächtniss. Hyoscyamus niger sei gut gegen den verdachtsamen, zankenden, boshaft beleidigenden, misshandelnden, furchtlosen Wahnsinn. Datura Stramonium specifisch gegen Manie mit wachenden Träumen, mit lauter delirierender Confabulation und Verwechslung der Persönlichkeit. Virginiatabak empfiehlt er bei Blödsinnigkeit und Katalepsie: „Die Sonderbarkeit, dass der Gebrauch des Tabaks den Wahnsinnigen so angenehm ist, rührt von dem Instinkte dieser Unglücklichen her, sich eine Gefühllosigkeit in den Hypochondrien und im Gehirne palliativ zu verschaffen.“ Nux vomica half ihm gegen schreckhafte Visionen, die digitalis gegen Wahnsinn mit hinterlistiger Unfolgsamkeit, der Arsenik bei Rasenden mit straffer Faser und zu substanziösem Blute, Safran gegen Melancholie, der Taumellolch gegen die Blödsinnigkeit, „den Scandal der Arzneikunst“. Da auch noch der Agaricus muscarinus tadellos war gegen den trunkenen furchtlosen Wahnsinn mit rachsüchtigen kühnen Vorsätzen und Neigung zum Versemachen und Prophezeien, so hatte er für das Schlimmste gesorgt.

Zum Schlusse mag noch die vielfach verbreitete Meinung erwähnt werden, Geisteskrankheiten könnten körperliche Krankheiten auch des schwersten Grades heilen. So sah Schmidtmann (1799) eine vorgeschrittene eitrige Lungensucht durch eine Manie geheilt werden, während Kortum (1800) eine religiöse Melancholie bei derselben Krankheit denselben Heilungseffect erzielen sah.

Dafür, dass Geisteskrankheiten körperliche Leiden hervorrufen können, bringt Meier Abramson einen Fall bei, in dem die Eifersucht zu einer Manie ausartete, die ihrerseits einen aashaft stinkenden Darmkatarrh erzeugte.

Mittheilungen.

— **Fortschritte der Volksnervenheilstätten-Bewegung.** Bei der Generalversammlung der freien Vereinigung hessischer Krankenkassen in Alzey am 18. Juni 1905 wurden von dem Referenten, Prof. Dr. Sommer in Giessen, betreffend **Errichtung einer Nervenheilstätte** für Mitglieder von Krankenkassen und anderen socialen Organisationen im Grossherzogthum Hessen, folgende Leitsätze aufgestellt:

1. Bedürfniss im Allgemeinen: Die Errichtung von Nervenheilstätten für Unbemittelte und Wenigbemittelte sowie besonders für die Mitglieder von Krankenkassen und anderen socialen Organisationen ist im Allgemeinen wünschenswerth und bedeutet einen weiteren Fortschritt in der Heilstättenbewegung.

2. Bedürfnissfrage im Grossherzogthum Hessen: Für den Fall, dass die anzustellenden Ermittlungen als voraussichtlichen Bestand einer zu erbauenden Anstalt die Zahl von ungefähr 60 ergeben, erscheint die Voraussetzung zur Erbauung einer derartigen Anstalt im Grossherzogthum Hessen gegeben.

3. Art der event. Anlage: Diese würde zweckmässiger Weise aus einem centralen mehr der speciellen ärztlichen Behandlung mit Medicin, Bädern, Massage, Elektricität u. s. w. gewidmeten Hauptbau und kleineren einfachen Häusern event. Baracken mit Gelegenheit zur therapeutischen Beschäftigung der Patienten in den geeigneten Fällen, besonders durch Garten- und Feldarbeit, bestehen. Die Arbeit ist dabei nicht als ökonomisches Mittel, sondern als Heilfaktor zu behandeln und ärztlich zu regeln.

4. Kosten: Bei dieser zum Theil einfachen Bauart könnte ein Satz von 5000 M. pro Bett angenommen werden, so dass bei einer voraussichtlichen Belegung mit 60 Kranken als Bausumme ungefähr 300000 M. aufzubringen wären.

5. Ort der Anstalt: Als Ort kommt für die Anstalt bei der eigenartigen Formation des Grossherzogthums Hessen und den Bodenverhältnissen hauptsächlich der Nordrand des Odenwaldes oder der südliche Theil von Oberhessen in Betracht.

6. Weitere Maassnahmen: Es empfiehlt sich, für den Fall, dass die weiteren Erhebungen die unter 2 gemachte Voraussetzung bestätigen, eine Commission von Aerzten und Bevollmächtigten der betheiligten Organisationen mit den weiteren Vorarbeiten besonders der Aufstellung einer Bauskizze zu beauftragen.

— Der kürzlich in Wien gestorbene Baron Nathaniel v. Rothschild hat testamentarisch 20 Mill. Kronen für die Heilung und Pflege solcher minderbemittelter Nervenkranker gestiftet, „die sich auf dem Grenzgebiet bewegen, das man im gewöhnlichen Sinne Nervenkrankheiten zu nennen pflegt.“ Von den Zinsen des Kapitals sollen in Wien oder in der Nähe Wiens Volks-Anstalten für Nervenkranke errichtet werden. Paralytiker, Tabiker, Geisteskranke, unheilbare Epileptiker sind ausgeschlossen. Diese Anstalten sollen, wie ausdrücklich verfügt ist, nach dem Vorbild der Anstalt Rasemühle bei Göttingen und Haus Schönow bei Berlin angelegt werden.

Referate.

— Dr. J. Bresler, Oberarzt. „Wie beginnen Geisteskrankheiten?“ (56 S.) Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Eine sehr verdienstvolle Schrift, ebenso durch das in lebendig anregender und allgemein verständlicher Sprache abgehandelte Thema wie durch die auch ältern Autoren gerecht werdende historische Darstellung — ein Vorzug, der heutzutage nicht überall zu finden ist.

Das Stoffgebiet ist ein überaus dankbares und mehr noch, es war durchaus nothwendig, einmal zusammenzufassen, was wir zur Zeit über den Beginn der Geisteskrankheiten und inwieweit überhaupt Geisteskrankheiten aus Nervenkrankheiten hervorgehen, wissen, einestheils um weitere ärztliche Kreise in dieser Erkenntniss zu fördern und darauf hinzuweisen, wie wichtig die Beachtung dieser Vorstadien für den practischen Arzt nicht minder wie für den Psychiater ist, andererseits aber auch um klar vor Augen zu führen, wieviel wir auf diesem Gebiete noch nicht wissen und wie unentbehrlich ergänzende Arbeiten, wobei wir die gewissenhafte Mithilfe der behandelnden Hausärzte nicht entbehren können, sind. Gerade zur wirksamen Behandlung und Bekämpfung der Vorstadien und Anfangszustände der Psychosen, und damit zu einer erfolgreichen Prophylaxe der eigentlichen Psychosen selbst, ist aber zunächst die genaue Erkenntniss und Unterscheidung ihrer Initialerscheinungen je nach den verschiedenen Krankheitsformen erstes Erforderniss. Wenn Breslers Schrift zu diesen Forschungen neuen Anstoss giebt, so wird darin ihr bester Lohn beruhen.

Der Inhalt geht nach einer allgemeinen Schilderung der wichtigsten Prodromalerscheinungen, den Störungen des körperlichen, nervösen und psychischen Gleichgewichts (Störung des Schlafs, affective Verstimmungen, abnorme, schmerzhafte Sensationen, psychische Reiz- und Schwächeerscheinungen jeder Art, Gefühl der persönlichen Beeinträchtigung, Misstrauen) auf die einzelnen psychischen Erkrankungsformen selbst ein und weist deren Vorboten und Früherscheinungen von den leichtern bis zu den schwerern im speciellen nach, wobei sich allerdings eine Uebereinstimmung der Symptome bei verschiedenen Psychosen vielfach ergiebt.

Eine eingehende Darstellung erfährt die allgemeine Nervenschwäche, die nervöse und psychische Ueberreiztheit und Erschöpfung und die Unterscheidung der psychischen Erscheinungen der Neurasthenie von denen der eigentlichen Psychosen an der Hand der Meinungen der hauptsächlichen Autoren. Ueberall tritt aber auch das eigene Urtheil des auf diesen Gebieten selbst sehr verdienstvollen Verfassers zutage. Auf die Wichtigkeit der Stoffwechsel- und Bluterkrankungen in der Aetiologie der Neurasthenie und der Psychosen, insbesondere auch auf deren Einwirkung bei der Entstehung der wichtigen Symptome des Kopfschmerzes und des Kopfdrucks wird hingewiesen.

Der Zusammenhang von Trunksucht und Neurasthenie im Sinne einer Abhängigkeit der ersteren von



dieser wird ausgesprochen und darum die Behandlung der Trinker den Nervenheilstätten zugesprochen.

Wie eingangs so wird auch zum Schluss die Nothwendigkeit und wichtige prophylaktische Rolle der Nervenheilstätten in der rechtzeitigen Behandlung der Nervenschwäche wie auch der Vorstadien und Anfangserscheinungen mancher Psychosen hervorgehoben und auch der jährlichen Beurlaubung der Industriearbeiter zur vorübergehenden Beschäftigung in der Landwirthschaft im Sinne Dr. Fr. Kellers als einer wichtigen socialhygienischen Maassnahme das Wort geredet.

Wie man sieht, eine Fülle der Thatsachen, Probleme und Anregungen! Dr. Max Fischer.

— Jahrbuch für sexuelle Zwischenstufen mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. Herausgegeben unter Mitwirkung namhafter Autoren im Namen des wissenschaftlich-humanitären Comités von Dr. med. Magnus Hirschfeld, prakt. Arzt in Charlottenburg. V. Jahrgang. I. Band. Leipzig 1903. M. Spohr.

In Vervollständigung der Anzeige des II. Bandes des fünften Jahrgangs (siehe diese Zeitschrift 1903/04, pag. 321) sei hier noch nachträglich kurz auf den früher erschienenen I. Band hingewiesen. — Er enthält vor allem einen sehr ausführlichen Aufsatz des Herausgebers über Ursachen und Wesen des Uranismus. Dieser beschreibt das urnische Kind, betont das Harmonische der Persönlichkeit Homosexueller in somatischer und psychischer Hinsicht, was mit der Unausrottbarkeit des Triebes durch Erziehung, Religion oder Gesetz für dessen Angeborensein spricht, schildert die Homosexualität als eine Naturnothwendigkeit, als ein nothwendiges Glied in einer Kette verwandter Naturerscheinungen und bespricht schliesslich die hereditären Verhältnisse. Näcke theilt einige psychologisch dunkle Fälle von geschlechtlichen Verirrungen in der Irrenanstalt mit. Von mehr chirurgischem Interesse ist eine sehr umfangreiche Arbeit von Neugebauer, der über eine grosse Zahl von Fällen von Scheinzwitterthum berichtet, die das Scalpell des Chirurgen entdeckte. Schliesslich giebt Professor Karsch weiteres Quellenmaterial zur Beurtheilung angeblicher und wirklicher Uranier und zwar von Hössli, des Verfassers des „Eros", von einem Berner Rechtsanwalt Desgoutter, dem Mörder seiner Geliebten, von Herzog August (dem Glücklichen) von Sachsen-Gotha und Altenburg und der Opernsängerin Maupin.

— v. Krafft-Ebing: Psychopathia sexualis. Mit besonderer Berücksichtigung der conträren Sexualempfindung. Eine medicinisch-gerichtliche Studie für Aerzte und Juristen. Zwölfte, verbesserte und vermehrte Auflage. Stuttgart. Ferd. Enke. 1903. 437 S.

Das vorliegende Werk ist die letzte Arbeit des unlängst verstorbenen Forschers. Das Schicksal gestattete ihm nicht mehr die Correctur; diese besorgten zwei seiner Schüler und Mitarbeiter.

Die Vorgängerinnen der vorliegenden Arbeit sind jedem Leser unserer Zeitschrift bekannt, so dass Ref. sich damit wohl begnügen darf, auf die vorliegende 12. Auflage an dieser Stelle hinzuweisen. Es ist fast überflüssig, bei einem so unermüdlichen Sammler wie es v. Krafft-Ebing war, noch darauf hinzuweisen, dass auch die Neuauflage gegenüber der 11. Auflage wieder eine Anzahl neuer Beobachtungen enthält. Deren sind im Ganzen fast zwei und ein halb Hundert mitgetheilt, und das dürfte allein schon für die reiche Fülle des verwertheten Materials sprechen.

Das Buch des Verf.'s, dem das unzweifelhafte Verdienst zukommt, als einer der Ersten auf das Sexualgebiet die wissenschaftlich-klinische Forschung ausgedehnt zu haben, ist das umfassendste auf dem einschlägigen Gebiete für die ärztliche Praxis.

— Holst, V. von: Erfahrungen aus einer vierzigjährigen neurologischen Praxis. Stuttgart. Ferd. Enke, 1903.

Verf. giebt uns in der vorliegenden lesenswerthen Brochure in verschiedenen Aufsätzen einen kurzen Bericht über Erfahrungen, die er während einer 40jährigen Thätigkeit auf dem Gebiete der Krankenbehandlung gemacht hat.

Die Hauptaufgabe der Aerzte sieht er nicht darin, die Krankheiten zu heilen — das vermag nur die Natur —, sondern darin, unseren Kranken dazu zu verhelfen, dass ihre Krankheitsprocesse einen günstigen Verlauf nehmen. Das Epitheton Heilkünstler soll man den Marktschreiern und Kurpfuschern überlassen. Sodann spricht er über Heilanstalten für Nervenkranke, und das darf er mit um so grösserem Recht, als er bereits 1880 in einer Arbeit die Behandlung von Nervenkranken in besonderen Anstalten empfohlen hat. Er stimmt den Möbius'schen Anschauungen zu; nur möchte er das Moment der individuellen Behandlung mehr hervorgehoben wissen; das Gleiche gilt auch von der Ruhe als therapeutischem Mittel, die Möbius mehr als eine nothwendige Abwechslung mit der Arbeit auspricht.

In einem weiteren Aufsatze, der die Hysterie behandelt, betont er deren psychogene Natur, lässt sich zutreffend aus über den sog. hysterischen Character, berücksichtigt besonders die sogenannte monosymptomatische Hysterie und bespricht des genaueren die Unterschiede, welche die Hysterie bei Gebildeten und bei Ungebildeten hinsichtlich ihrer Entstehungsweise, Symptomatologie, Prognose und Therapie zeigt.

Personalnachrichten.

— Pommern. Der bisherige Assistenzarzt an der Provinzialirrenanstalt zu Lauenburg i. Pom Dr. Arnheim ist mit dem 1. Juli d. Js. aus dem Provinzialdienste geschieden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 16. 15. Juli. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Versetzungsbesserungen.

Von Dr. *Franz Riklin*, Secundararzt der zürcher Pflegeanstalt Rheinau.

Nach einem Vortrag auf der schweiz. Psychiater-Versammlung in Wil, 12. Juni 1905.

Im Herbst 1901, also vor ungefähr 3 1/2 Jahren, wurden vier neugebaute Pavillons unserer Pflegeanstalt mit Platz für etwa 220 unruhige und halbruhige chronische Kranke eröffnet und bald mit Leuten aus der Heilanstalt Burghölzli, sowie unheilbaren Kantonbürgern bevölkert, die wegen Platzmangel in andern Anstalten: Basel, St. Urban, Wil, Kilchberg u. s. w. hatten versorgt werden müssen.

Das Hauptkontingent bildeten alte Katatoniker, dann kamen noch einige schwere Epileptiker, Senile, ein paar Imbecille und Idioten, einige unheilbare Alkoholiker, im Ganzen schlimmes Pflegeanstaltsmaterial. Daneben wurden noch Fälle direkt von Kranken aufgenommen, und eine Anzahl von Alt-Rheinau, während andere Pat. von Neu-Rheinau in die alte Anstalt übersiedelten, aus Zweckmässigkeitsgründen.

Die Heilanstalt Burghölzli, an der ich kurz vor den ersten Transporten Unterassistent und später Assistenzarzt war, hat seit der Eröffnung der Neubauten über 100 Kranke nach Rheinau geliefert, wovon ca. 80 nach Neu-Rheinau kamen.

Die Versetzung in die im Ganzen recht günstigen neuen Verhältnisse war für die meisten Kranken von nicht geringem Vortheil, Verschlimmerungen im Befinden sind wohl recht selten eingetreten, dagegen sind recht viele Besserungen, Beruhigungen und Erleichterungen in der Behandlung zu verzeichnen; manche Kranke sind stationär geblieben.

Diese Fortschritte sind natürlich nur sehr relativ. Aus verblödeten Katatonikern konnte man keine Normalmenschen mehr machen, und Entlassungen kommen nicht häufig vor. Besserung und Entlassungsfähigkeit sind verschiedene Dinge, ausserdem hängt die Entlassung noch von Factoren ab, gegen die wir umsonst kämpfen. Mein früherer Chef, Herr Prof. Bleuler*), hat s. Z. als Direktor der Pflegeanstalt damals schon die Erfahrung machen müssen, dass die Entlassung langjähriger Pfleglinge darum auf grosse Schwierigkeiten stösst, weil sich niemand mehr um sie kümmert, weil der Contact mit den Angehörigen verloren geht, während die guten Resultate, die wir im Burghölzli mit den frühen Entlassungen besonders der frischen Fälle von Dementia praecox gemacht haben, hauptsächlich den Angehörigen der Kranken verdanken, die sich noch um dieselben interessiren und sie wieder aufnehmen. Es erwies sich, wie Prof. Bleuler zeigt, dass der Moment für die Entlassung bei Schüben von Dementia praecox viel früher eintritt als sonst angenommen wurde. Die Familienpflege liegt bei uns leider noch in den Windeln.

Besonders nach der Eröffnung von Neu-Rheinau fiel es auf und wurde von meinem verehrten Chef, Dir. Dr. Ris, gelegentlich in den Jahresberichten der Anstalt ausgesprochen, dass viele der aus den andern Anstalten aufgenommenen chronischen Kranken, speciell Katatonikern, eine auffallende, bald nur vorübergehende, bald anhaltende Versetzungsbesserung aufweisen. Mein Vorgänger, Herr Dr. Bertschinger, jetzt Direktor der Anstalt Breitenau bei Schaffhausen, der die neuen Pavillons seit der Eröffnung speciell besorgte und alle Phasen der Entwicklung miterlebte, hat sich auch um diese Erscheinung besonders gekümmert und hat mir seine Erfahrungen in liebenswürdigster Weise zur Verfügung gestellt. Prof. Bleuler hat s. Z. als Direktor der Anstalt Rheinau die Möglichkeit des gegenseitigen Austausches von Kranken zwischen Heil- und Pflege-

*) Bleuler: Frühe Entlassungen. Psychiatr.-neurol. Wochenschr. 1905.



anstalt zur Erzielung von Besserungen angestrebt. Die Eröffnung von Neu-Rheinau kann als ein Massenexperiment zum Studium dieser Versetzungsbesserungen betrachtet werden.

Bei der gegenwärtigen Arbeit habe ich mich jedoch in der Hauptsache darauf beschränkt, etwa 85 Fälle, die aus dem Burghölzli transferirt wurden, genauer zu studiren. Ich war so in der angenehmen Lage, nur Fälle vor mir zu haben, die ich vor der Transferirung schon kannte und von denen ich damals die Krankengeschichtenauszüge zur Anmeldung nach Rheinau zu einem guten Theil selbst besorgt hatte, während diese günstigen Bedingungen für die Fälle aus den anderen Anstalten nicht vorlagen.

Obwohl die Versetzungsbesserung in der Hauptsache von der Krankheitsart und ihrer besonderen Gestaltung beim Individuum abhängig ist, spielen doch noch andere wichtige Factoren mit, die wir als Methoden unseres Experiments beschreiben müssen.

Auf jeden Pat. entfällt verhältnissmässig viel Platz, sodass sich die Kranken weniger stören. Die Pavillons sind so gebaut, dass auch die akustische Störung möglichst gering ist, überdies ist rings herum freier Raum, sodass die störenden Elemente gut vertheilt werden können. Aus ähnlichen Gründen wurden verhältnissmässig viele Einzelschlafzimmer und viele kleinere Zimmer gebaut; auch die Tagräume sind ziemlich zahlreich, und stören einander nicht.

Auf Männer- und Frauenseite ist ein Wachsaal und sind genügend Dauerbäder zur Verfügung. Ich muss aber gleich betonen, dass bei mehreren Fällen von Katatonie beide Mittel ausnahmsweise auch nachtheilig und aufregend wirkten.

Wichtig war die Trennung von Kranken, welche in den früheren Anstalten, z. B. im Burghölzli, das damals von Chronischen ganz überfüllt war, auf der gleichen Abtheilung, im gleichen Wachsaal zusammenwohnten und einander beeinflussten. Sie wurden auf verschiedene Abtheilungen vertheilt, worauf die einzelnen entschieden ruhiger wurden.

Weiter wurden, nach bewährtem Princip, die Katatoniker mit Imbecillen und Idioten durchsetzt, „verdünnt". Die Abtheilungen gewinnen dadurch an Leben und Gemüthlichkeit; hauptsächlich aber sind die Imbecillen werthvolle Entraineurs, ein solider Grundbestand von guten Elementen bei Arbeit, bei Festen, überhaupt bei allen Unternehmungen.

Aus ähnlichen Gründen wurde aus Alt-Rheinau eine Anzahl Pat. als „Vorbilder" in die neue Anstalt versetzt und umgekehrt Neuangekommene unter die Kranken von Alt-Rheinau gemischt.

Es konnten vielen Patienten im abgelegenen Rheinau mehr Freiheiten gewährt werden, speciell freier Ausgang, als im Burghölzli, das so nahe bei der Stadt Zürich und den Behörden liegt. Ein gefürchteter, relativ besonnener Quärulant und Lärmer, der den freien Ausgang sehr schätzte und den Entzug desselben sehr empfunden hatte, konnte so zu einem ruhigen und leidlichen Verhalten gebracht werden. Wir sind jetzt so weit, dass die zwei halbruhigen Pavillons offene Abtheilungen geworden sind, die unmittelbaren Ausgang ins Freie, auf Landstrasse und Feld gewähren.

Ein sehr wichtiger Factor ist die Arbeit. Die Landarbeit ist so ausgedehnt, dass man, namentlich im Sommer, froh ist um alle verfügbaren Kräfte.

Von ca. 110 Männern in Neu-Rheinau arbeiten jetzt z. B. ständig etwa 75, von ebensoviel Frauen ca. 67; im Winter sinken diese Zahlen etwas. Man muss aber bedenken, dass daneben immer noch ein gewisser Procentsatz von Arbeitsfähigen krank, im Urlaub, oder wegen zeitweiser Erregung u. ähnl. Ursachen verhindert ist zu arbeiten.

Etwas musste allerdings gewagt, die Gemeingefährlichkeit und Gewaltthätigkeit musste minimal eingeschätzt werden, um möglichst vielen Kranken die Arbeitstherapie zugänglich zu machen; um so erfreulicher aber sind die Resultate ausgefallen.

Es ist sehr wichtig, die Arbeitssuggestion immer recht lebendig zu erhalten, namentlich auch beim Personal. Man kann es nicht immer erzwingen, dass ein bestimmter Kranker gerade jetzt zur Arbeit geht. Der Zufall spielt eine grosse Rolle. Wenn sich aber die Arbeitssuggestion recht fest eingenistet hat, so werden diese günstigen Zufälle eben viel häufiger.

Beispielsweise waren auf unserer halbruhigen Männerabtheilung in Neu-Rheinau 6 bis 7 ruhige Leute, die im Burghölzli während 10 Jahren keinen Strich gearbeitet hatten und ganz unverändert noch 2—3 Jahre auf dieser Abtheilung nichts thaten. Endlich gelang es, eine Bresche in diesen Bloc zu legen, um den sich immer sehr leicht ein paar andere kristallisirten, die nicht oder oft nicht arbeitslustig waren.

Einer vom Bloc war ein früherer Commis, mittleren Alters, mit paranoider Form der Dementia praecox. Er war von Jugend an störrisch gewesen, ein Sorgenkind, der alles schon wusste, bevor er es gesehen hatte, dabei nichts rechtes leistete. Nachdem er das väterliche Lehen nicht hatte besorgen können, sodass es der Vater wieder an sich nehmen musste, wollte er noch höher hinaus und Kaufmann



werden. Eine Lehre machte er nicht, sondern wollte sich durch kaufmännische Bücher orientiren und reiste dann in allen kleinern Städten herum in der Meinung, sofort gute Stellen zu finden, brachte es aber nur vorübergehend zu untergeordneter Anstellung innerhalb 5 Jahren! Den Angehörigen fielen schliesslich die hochtrabenden, gespreizten Briefe auf, und bald darauf musste er wegen Geisteskrankheit heimgeholt werden. Er kam 1896 ins Burghölzli, that grosssprecherisch, redete nur hochdeutsch, glaubte an seine grossen Fähigkeiten, hielt sich karrikirt stramm, schrieb eine verschnörkelte Schrift und war durchaus zu keiner Arbeit zu bringen, denn das hätte sich mit seiner hohen Person nicht vertragen.

Wir sehen hier die Arbeitsverweigerung als Symptom von Grössenideen, die sich, wie so häufig, ja fast immer, als den Wunschträumen analoge Gebilde auffassen lassen, da, wo die wirklichen Verhältnisse recht prekär sind. Im vorliegenden Fall ist es dieser sociale Complex, welcher als Veranlassung und Inhalt des Krankheitsbildes in Wechselwirkung mit äusseren Einflüssen und Behandlung tritt, im Gegensatz zum sexuellen Complex, der in einer zweiten grossen Gruppe, besonders bei Frauen, die Auslösung und Gestaltung der Krankheit übernimmt, womit über die wirkliche Ursache der Dementia praecox nichts behauptet werden will.

Als ich diesen Mann freundlich zur Arbeit überreden wollte, behandelte er mich sehr von oben herab und fand meine Aufforderung eine lächerliche Anmassung von mir. In seinem erregten Auf- und Abgehen, mit den Stimmen disputierend, störte er die andern, und als er gar an einen andern Kranken stiess und dessen Pfeifenkopf zerbrach, bat ich unsern Pat., während solcher Erregungen im Bett zu bleiben, was er begriff. Dort sprach ich mit ihm bei der nächsten Abendvisite von der Arbeit, und am andern Morgen, ohne dass er Gelegenheit gehabt hätte, im Aufenthaltsraum, wo man um der Ruhe willen gern auf Debatten verzichtete, zu schimpfen, gab man ihm Kleider und Schuhe und begleitete ihn zum Arbeitsplatz, wo er, sich der Situation anpassend, zu arbeiten anfing und die blödern Katatoniker in gütigem, überlegenem Tone zur Arbeit anzuleiten begann.

Damit war er in sein früheres Milieu als Landwirt (zu Hause) zurückversetzt, und seitdem diese Associationscomplexe wieder geübt werden, ist er ruhiger und viel zugänglicher. Mir gegenüber blagirt er etwas mit der Arbeit und begnügt sich mit der theoretischen Wahrung seiner Rechte und Freiheiten, indem er betont, dass er natürlich ebensogut nichts tun könnte, dass ja kein Zwang vorliege; in der ersten Zeit dachte er sich die Arbeit auch als eine Leistung, die er an uns zu entrichten hätte, um entlassen werden zu können.

Ich lege auf alle diese psychologischen Momente ein Gewicht, weil sie bei chronischen Katatonikern, deren Ideen nicht als Kuriosum in irgend einer Ecke verborgen sind, sondern sich, wenn auch nicht konsequent, in Handlung und Gebaren äussern, eine grosse Rolle spielen.

Die List, Katatoniker gleich aus dem Bett heraus in neue Verhältnisse, d. h. an die Arbeit zu stellen, haben wir öfter mit Glück angewandt; neuerdings hat mir Dir. Bertschinger in Schaffhausen erzählt, dass er etwas erregte Kranke anstatt im Bett im (offenen) Bad bis zur Beruhigung behandle und sie dann von dort aus mit Erfolg unvermuthet auf den Arbeitsplatz stelle.

Die paar andern Streiker folgten bald nach, nicht zum geringsten Theil war gewiss auch die Suggestion schuld, dass auf dieser Abtheilung alles zur Arbeit gehen müsse, und einer nach dem andern zur Arbeit gelotst werde.

Das Mittel von Ess-Zulagen, Tabak, Freiheiten, Spaziergängen für die Arbeitenden ist zu bekannt, als dass man darauf eintreten müsste.

Das Wichtigste für die Versetzungsbesserung ist nun wohl der gänzliche Milieuwechsel. Schädliche Einflüsse der alten Umgebung, alte, an bestimmte Lokalitäten und Umstände gebundene schlechte Gewohnheiten können sich weniger üben, neue Vorstellungsgebiete werden gebraucht und wachgehalten.

Darauf beruht ja der günstige Einfluss der „Versetzung" bei Gesunden, der Erfolg vieler Luftveränderungen, das Entfernen der Kinder aus einem schlechten Milieu, die Trennung von Personen des Personals, die nicht gut miteinander auskommen, die Verbringung vieler Geisteskranken in die Anstalt ebensogut wie die frühe Entlassung bei vielen derselben. Darauf beruhen aber namentlich die Besserungen, welche wir bei Imbecillen und Idioten, Pseudologen und vielen andern social nicht vollwerthigen Individuen beobachten, wenn sie aus dem socialen Getriebe in das schützende Anstaltsmilieu versetzt werden, wo die Gefahr für die Kriminalität, die antisocialen Handlungen viel kleiner ist, wo an sie nicht zu complizirte Anforderungen gestellt werden.

Wenn wir von Versetzungsbesserung der meisten von draussen aufgenommenen Imbecillen reden, so ist fast ausschliesslich dieses Moment im Spiele.

Wir haben z. B. einen imbecillen Kranken, Eduard W., der draussen jahrelang ein unstetes Leben führte, 6 7 kurze Freiheitsstrafen wegen Betrug und Diebstahl erntete, der Gemeinde zur Last fiel, ein arger Faullenzer war und schliesslich wegen Nothzucht 1 ½ Jahr Arbeitshaus bekam. In der Haft entwickelte sich nach etwa 1 Jahr eine, gerade bei imbecillen Gefangenen ziemlich häufige Haftpsychose mit Suicidversuch. Im Burghölzli erholte er sich bald und war in der Anstalt, trotzdem sich Spuren seines alten Characters schon noch nachweisen

liessen, doch ein ziemlich regelmässig arbeitender, freundlicher, gutmüthiger Kerl.

Wenn solche Pat. dann von einer Anstalt in die andere versetzt werden, so zeigen sie gewöhnlich keine auffallende Versetzungsveränderung; von einer Verbesserung kann auch dann nicht wohl gesprochen werden, wenn die Leute eben vorher schon ganz brauchbar waren. Die Imbecillität selbst kann sich ja nicht bessern.

So ging es mit unserm Pat., der auch in Rheinau ordentlich weiterarbeitete, obwohl sein etwas pseudologischer, ab und zu träger oder unverträglicher Character ein wenig spukte. Ein dreimonatlicher Urlaub machte aus ihm wieder den alten, arbeitscheuen Vagabunden, während er in der Anstalt rasch wieder zum ganz trätablen Mann gedieh, dem man freien Ausgang und andere Vergünstigungen gewähren kann.

Doch sind das bekannte, für die Idee der Kolonisation der psychisch Minderwerthigen bedeutungsvolle Thatsachen.

Eine unserer Idiotinnen Elisabeth F. verhält sich indes etwas anders. Sie kam in einem imbecillen Erregungszustand ins Burghölzli, nachdem sie viele Jahre im Gemeindearmenhaus gelebt und ein bischen gearbeitet hatte. Im Herbst 1902, seit einem epileptoiden Anfall wurde Pat. unartig, besonders nachts, wurde gewaltthätig und arbeitete nichts mehr. Sie kam im Januar 1903 ins Burghölzli, polterte, stiess und störte die anderen, klopfte, arbeitete nur sporadisch. Im Februar 1903 konnte sie nach zunehmender Ruhe ins Armenhaus zurückversetzt werden. Es ging kaum 2 Monate, dann griff sie wieder die übrigen Insassen des Hauses an. Sie kam im April 1904 nach Neu-Rheinau, war gleich ruhig, freundlich, zufrieden, bis man sie mit den gleichen Mitteln, wie im Burghölzli, Erkennen von Bildern und ähnlichem untersuchen wollte. Dies löste eine ganz kurze Erregung aus.

Nach den Umständen und nach den spärlichen Angaben der Kranken zu schliessen, handelte es sich um eine Wiederaufweckung alter Erregung durch eine ähnliche Situation.

Aus diesem psychologischen Grunde erklärt sich der Fall als Ausnahme. Die Pat. selbst ist völlig vertraulich, sehr fröhlich und eine gute Arbeiterin geworden.

Zur eigentlichen Versetzungsbesserung müssen wir Fälle rechnen, wo die Besserung unmittelbar an die Versetzung anschliesst. Ausser der besprochenen Besserungsform bei Imbecillen kann man diese Erscheinung fast nur bei Kranken der Dementia-praecoxgruppe beobachten.

Die blöden Epileptiker, welche in die Pflegeanstalt kommen, erfahren kaum mehr eine Besserung, wenigstens finden sich bei meinem Material keine. Es kommt etwa vor, dass die freiere Bewegung und Beschäftigung, welche man den Leuten in der Pflegeanstalt geben kann, das psychische Befinden etwas günstiger beeinflusst; das trifft aber nur für die Ungefährlichen zu. Damit will ich über die Besserung frischer Epileptiker durch die Anstalt, wo sie sicher schlechten Einflüssen, speciell dem Alkohol entzogen werden, nichts gesagt haben. Das Gleiche gilt im grossen und ganzen für die progressive Paralyse und die senile Demenz; was wir bekommen, sind meist vorgeschrittene Fälle, die bald zerfallen. Vielen Senilen ist die Entfernung aus ihrer gewohnten Umgebung psychisch nachtheilig.

Lediglich zum Verständniss der späteren Ausführungen wollen wir die hauptsächlichen Formen, unter denen die akute Dementia praecox auftritt, kurz durchgehen:

Die Krankheit kommt z. B. in Form eines akuten Schubes, der wegen der Art der Symptome zur Aufnahme in die Heilanstalt führt. Dieser Schub ist mehr oder weniger beeinflussbar. Das Krankheitsbild wird beherrscht durch die Thätigkeit eines noch mehr oder weniger umschriebenen krankhaften Vorstellungscomplexes, ähnlich wie bei der Hysterie. Viele Symptome, z. B. Negativismus und Sperrung, beschränken sich darauf, nur dann aufzutreten, wenn dieser Complex erregt wird. Sehr häufig bietet dieser Complex das Bild eines Wunschtraumes mit allerhand Traummerkmalen, im Anschluss an ein psychisches Trauma, das als auslösende Ursache bei zu Dementia praecox Disponirten wirkt, während bei hysterisch Disponirten unter ähnlichen Umständen eine Hysterie ausbricht und bei Gesunden nur Symptome im normalen Bereich der Affektwirkungen ausgelöst werden. Es giebt eben Leute, die dem ersten besten psychischen Trauma unterliegen und dann eine Dementia praecox bekommen, während andere unter gleichen Umständen gesund bleiben, und bei vielen sind die Anforderungen an die Umgebung und eigenes psychisches Vermögen von vornherein in solcher Disharmonie, dass es nothwendig zu einer psychischen Explosion kommen muss. Vielleicht aber ist schon dieses Zu-hoch-hinauswollen ein Krankheitssymptom.

Die im Sinn der Dementia praecox disponirte Dienstmagd bekommt in schweren Stunden, unter dem Druck der schreienden Unterschiede zwischen ihr und der Herrschaft, eine Psychose mit Grössenideen; sie ist eine reiche Dame, hat schöne Kleider, wird ein Schlossfräulein usw., und die Stereotypien der abgelaufenen Dementia praecox zeugen als Ruinen von diesen Ideen. Die Kranke hat

affektirt stolze Haltung, redet bei uns in der Schweiz das ihr sonst ungewohnte Hochdeutsch, streift die Aermel affektirt elegant zurück, zupft die Rockfalten zurecht u. dgl.

War die Liebe im Spiel, wurden die sexuellen Wünsche nicht erreicht, ist die Ehe unbefriedigend, trat ein psychisch-sexuelles Trauma ein, so spinnt sich der praecoxe Wunschtraum wieder im Sinne der Wunscherfüllung aus: Die Kranke erhält alle Titel der Fruchtbarkeit: Sie ist gleichzeitig Venus, die Liebesgottheit Semele, die hl. Maria, Ida von Toggenburg, das Simmentaler Kalb, sie bekommt einen neuen Gemahl Zeus und ist Ceres, Venus, ihre Familie die hl. Simmentaler Rassenviehfamilie (Wortneubildung durch Verdichtung), die Umgebung wird ähnlich wie im Traum verkannt, die eine Person der Umgebung spielt eine freundliche Rolle, die andere, speciell die Anstaltsärzte, welche die Freiheit entziehen, sind Feinde, mit jener Eigenthümlichkeit der Dementia praecox, dass Traum und Wirklichkeit, wie bei pseudologen Gebilden der Kinder, nicht recht unterschieden werden. Der oder die Kranke beschimpfen den Arzt, bewerfen ihn mit Steinen und sind im nächsten Moment freundlich; das eine galt dem als Feind umgedeuteten, das letztere dem wirklichen Arzt.

Die religiös veranlagte Dienstmagd hallucinirt den Herrn, ist Braut Christi, oder heirathet den hl. Josef in Gestalt des Liebhabers, den sie gern gehabt hätte.

Der arme Schlucker, dem es social schlecht geht, wird zum Kaiser, das Parterre der Anstalt ist das Unterhaus, er führt Protocoll über die Verhandlungen des Ministerraths, d. h. die Gespräche, die mit ihm auf der Abtheilung geführt werden, lässt sich dasselbe vom Arzt, einem seiner Minister, unterzeichnen. Allmählich wird dieses Protocolliren zur Stereotypie, der ganze Process kürzt sich ab zum unverständlichen chiffrirten Zettelchenschreiben.

Die Versündigungsideen der frisch an Dementia praecox Erkrankten entspringen meist einer ähnlichen Quelle und sind mit Wunschtraumerfüllungsvorstellungen gemischt.

Weil es ihnen schlecht geht, weil ihre Liebe, meist zu hoch gespannt, wie bei Hysterien, verschmäht wird, sind diese Kranken schlecht, denn sie erreichen ja nichts.

Bei einer andern Gruppe bleibt der bewusste Gedankenablauf leidlich vernünftig erhalten, das krankhafte Complexgebilde spukt nur in Form von Hallucinationen und Automatismen:

Der Geliebte umfängt die Kranke, sie macht automatisch Tanz-, Kuss-, Coitusbewegungen. Oder der Zauberstab, die Schlange, der runde Strahl von 15 cm Länge belästigen die Kranke im Unterleib.

Der Vagant, der es nirgends zu etwas rechtem bringt, wird von einem bekannten Freund des verstorbenen Vaters, der sein personificirtes Gewissen ist, verfolgt, gereizt, beschimpft.

Unter dergleichen Bildern zeigt sich der frische Schub, mit starker oder geringer Erregung.

Gerade weil der Krankheitsprocess vorerst meist nicht die ganze Psyche trifft, weil neben dem krankhaften Complex mehr oder weniger normale Vorstellungsgebiete und Gefühlsreactionen erhalten sind, ist eine Beeinflussung von aussen, durch Milieu und Personal, möglich.

Während der höchsten Erregung geht es ja oft gar nicht. Auch wenn der ganze motorische Apparat durch Automatismen des abgegrenzten krankhaften Complexes besetzt ist, macht die Beeinflussung Schwierigkeiten. Z. B. konnte eine Kranke eine Zeitlang einfach nicht richtig stricken. Der kranke Complex machte „Dummheiten" mit ihren Fingern, machte Fehler in die Arbeit und hallucinirte ihr allerhand unangenehmes zu. Da der bewusste Gedankenablauf nach leidlich erhalten war, constatirte die Kranke diese Vorgänge, deutete sie secundär dahin, dass der liebe Gott sie zur Busse für ihre Sünden solches machen lasse, wie die meisten Kranken diese automatischen Erscheinungen secundär deuten. Eines schönen Tags konnte sie plötzlich wieder richtig arbeiten, der krankhafte Complex war ausgeschaltet, und Pat. freute sich darüber.

Die Einwirkung während dieser Zeit geht nach folgenden Principien:

Man sucht die Krankheitsäusserungen durch Bäder, Bettbehandlung, Narkotika, Wachsaalaufsicht in solchen Grenzen zu halten, dass so gut als möglich eine gewisse Ruhe erreicht und die Angewöhnung schlechter Gewohnheiten: Spucken, Zerreissen, Verkriechen, Ausziehen, Essmanieren u. dgl. abgehalten werden. Es lässt sich so ziemlich viel erreichen, und manchmal hängt ja später oft die Entlassung davon ab, ob eine schlechte, abstossende Gewohnheit sich entwickeln konnte oder nicht.

Oft ist eine solche Behandlungsbesserung innerhalb des pathologischen Ideenkreises möglich: ein schönes Zimmer, gewisse Freiheiten, eine Beschäftigung im Sinne dieses Ideenkreises bessern das Verhalten des Kranken.

Es fällt mir nun hier ein Beispiel ein, wo ein Kranker anfing, eifrig fremde Sprachen zu treiben, und zwar erst unter dem Einfluss seiner Wahnideen. Nichts stimmte ihn nun besser, als wenn man ihm



einen englischen, französischen, lateinischen Schriftsteller schenkte.

Manchen Frauen ist die Flickarbeit wegen ihren Erhabenheitsideen zu gering, während sie bei Häkelarbeit sehr zufrieden sind.

Am wichtigsten aber ist es, die noch erhaltenen, relativ gesunden Vorstellungsgebiete zu üben, zu sorgen, dass die Kranken unbekümmert um ihre Ideen arbeiten, dass man sie behandelt, wie gewöhnliche Gesunde, dass man sie, wenn es geht, ihren Beruf treiben lässt, sie daran auf alle Weise interessirt. In dieser Richtung wirkt auch die möglichst frühe Entlassung, wo Anstaltsbehandlung eintreten musste, damit sich die normalen Complexe möglichst voll wieder üben können.

Aus dem gleichen Grunde liessen wir im letzten Jahr, als ich noch im Burghölzli war, die Katatoniker möglichst früh aufstehen, um sie in die gewohnten Arbeitsverhältnisse zu bringen und sie nicht durch die lange Bettbehandlung in den „praecoxen" Schlaf und Traum hineinzutreiben, und es schien uns, wir hätten merkwürdig wenig Stuporöse. Das erfordert allerdings bei Acuten viel Vorsicht und viel Personal, aber es lohnt sich entschieden, denn die Entlassungen mehren sich. Diese möglichst vollständige Bethätigung aller erhaltenen gesunden Complexe inclusive frühe Entlassung ist eines der wichtigsten Besserungsmittel Acuter; der pathologische Complex wird dadurch am besten zurückgedrängt und eventuell zum Abblassen gebracht.

Alle diese Maassnahmen werden bei frischen Fällen dadurch erleichtert, dass die Kranken häufig noch ein gewisses Krankheitsgefühl haben und darum beeinflussbarer sind, und dadurch, dass die normalen Complexe noch nicht ungewohnt, noch nicht lange ausgeschaltet sind.

Erschwert werden sie allerdings durch die Heftigkeit der acuten Erscheinungen; sie treten zurück gegenüber der spontanen Besserung, die nach einer gewissen Zeit meistens wieder eintritt, aber sie helfen diese Zeit bedeutend abkürzen und erträglicher machen.

Die erwähnten Behandlungsmaassregeln sind um so mehr zu betonen, als später eine gewisse Fixirung des psychischen Lebens eintritt und keine neue, umwälzende psychische Entwicklung mehr möglich ist. Ich kannte z. B. eine Katatonie, die nach einem acuten, in der Anstalt durchgemachten Schub von Dementia praecox ihrer alten Haus- und Feldarbeit 20 Jahre lang ganz gut vorstand. Da wollte ihr Mann mehr verdienen und bewog Pat., in eine Fabrik zu gehen; bei dieser Gelegenheit stellte sich, nach 20 Jahren, ein neuer Schub mit starker Aufregung ein. Nach dessen Ablauf besorgte die Frau ihre früheren Geschäfte, und es ging von neuem gut.

Die chronischen Dementia-praecoxfälle verhalten sich ähnlich wie die acuten; und im Verlauf dieser chronischen, meistens auch viel schwereren Fälle nun ist die Versetzung in die Pflegeanstalt eine interessante Episode äusserer Einwirkung. (Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **XXX. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 27. und 28. Mai 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg i. B.). Anwesend 135 Mitglieder.

Der erste Geschäftsführer Herr Prof. Edinger (Frankfurt a. M.) eröffnet die Versammlung und gedenkt der im letzten Jahre verstorbenen Mitglieder Weigert und Eckhardt.

I. Sitzung Samstag, 27. V. 05, Vorm. 11 Uhr. Vorsitzender: Geheimrath Erb (Heidelberg).

1. Geheimrath Baeumler stellt zwei Fälle vor, welche die Schwierigkeiten beleuchten, die sich zuweilen bei der Beurtheilung von Nervenerscheinungen, die nach geringfügigen Verletzungen auftreten, ergeben.

I. 67jähriger Mann, der vor 10 Jahren Schlag gegen Ulnarseite der linken Hand erlitten hatte. Erst mehr als 4 Monate nachher trat eine Beugecontractur in den beiden letzten Fingern dieser Hand auf, die heute noch besteht. Zeichen einer organischen Lähmung fehlen, dagegen ist ausserdem die Hand im Ausbreitungsgebiet des N. cutaneus med. vom Ellbogen abwärts und in dem des N. ulnaris unempfindlich. Diese Anästhesie darf nicht als hysterisch angesehen werden. Wie die Leitungsunterbrechung in den Nerven zustande gekommen ist, lässt sich heute nicht mehr entscheiden.

II. 33jähriger Mann, bei dem mehrere Monate nach einer oberflächlichen Verletzung der r. Hand eine zunehmende Erschwerung der Beweglichkeit der Hand und des ganzen r. Armes auftrat. Gang etwas erschwert. Alle Sehnenreflexe der betr. Seite gesteigert. Später Krampfanfälle mit Bewusstseinstrübungen, stets beginnend mit Schütteln des r. Armes. Es liegt nahe, an eine organische Erkrankung in den Stabkranzfasern zu denken, die von den Rindencentren für die r. obere Extremität auslaufen.

Discussion:

Fürstner möchte an pseudospastische Pa-



rese mit Tremor denken und fragt, ob Tremor aufgetreten sei.

Baeumler verneint dies.

2. Th. Axenfeld (Freiburg). Angeborene Bewegungsstörungen der Augen.

Vortr. stellt zunächst zwei Patienten vor, mit angeborener vollständiger Unbeweglichkeit des linken Abducens, ohne secundäre Schielstellung beim Blick gerade aus und nach rechts, die Bewegung nach der Nase ist fast in normaler Breite ausführbar. Während bei erworbenen, dauernden Paralysen im Lauf der Zeit immer secundäres Schielen eintritt, kann also ein solches bei angeborener Unbeweglichkeit fehlen. Das liegt nicht, wie Kunn meint, daran, dass der Antagonist keine Neigung zur Contractur hätte, sondern daran, dass in solchen Fällen der Musculus abducens durch ein elastisches Band ersetzt wird, genügend straff, um das Schielen zu verhindern, genügend elastisch, um den Blick nach innen nicht zu behindern. Vortr. hat dies anatomisch nachweisen können. Wo das den gelähmten Muskel ersetzende Gewebe schlaffes Bindegewebe ist, tritt auch bei angeborener Lähmung secundäres Schielen auf. Wo der Ersatzstrang zwar sehr fest, aber nicht elastisch ist, bleibt das Secundärschielen aus, aber auch die Bewegung nach innen ist beschränkt; beim Versuch nach innen zu drehen, tritt, wenn der Antagonist nicht selbst paretisch ist, in manchen derartigen Fällen eine Retraction des Auges ein, an deren Zustandekommen auch eine Art von Retractor bulbi betheiligt sein kann.

Eine weitere sehr merkwürdige Möglichkeit, die von Heuck einmal anatomisch beschrieben wurde und die Vortr. ebenfalls nachweisen konnte, ist, dass der dauernd und von Geburt an unbewegliche Muskel histologisch und seiner Stärke nach normal vorhanden sein kann, aber ohne eine Spur von activer Bewegung.

Es braucht also eine secundäre Muskeldegeneration bei constanter, angeborener Unbeweglichkeit nicht einzutreten, wieder im Gegensatz zu dem Verhältniss bei später erworbenen dauernden Lähmungen der Augenmuskeln. Dass ein solcher inactiver Muskel auch für das Fehlen des Secundärschielens genügt, ist zweifelhaft, da in den beobachteten Fällen ein Strabismus bestand.

Vortr. demonstrirt schliesslich Bilder einer „angeborenen cyclischen Oculomotorius-Erkrankung". Er hat diese Bezeichnung gewählt, weil sich vorfindet eine complette Paralyse aller Zweige des linken Oculomotorius, die regelmässig alle 3—5 Minuten durch einen Krampf unterbrochen wird: Das Oberlid wird maximal gehoben, der Bulbus rückt in die Mittellinie, die Pupille contrahirt sich und die Accomodation stellt sich auf den Nahepunkt. Nach ca. einer halben Minute tritt wieder schlaffe Paralyse ein. Dies Spiel geht auch im Schlaf ununterbrochen weiter. Die Patientin ist jetzt 12 Jahre alt und es ist anzunehmen, nachdem Vortr. 6 Jahre lang das Phänomen und bei sonst bestem Wohlbefinden der Pat. beobachtet hat, dass es so das ganze Leben weiter gehen wird. Der Fall erscheint deshalb so wichtig, weil in einem niemals activ beweglichen Gebiet diese rhythmischen Krämpfe erfolgen, also trotz der dauernden Lähmung, Muskel, Nerv und Kern vollständig vorhanden und erregbar sind. Die sonst neurologisch bekannten Krämpfe in dauernd gelähmten Gebieten gehen entweder allmählich in Contractur über (Facialis) oder sie machen schliesslich, wenn nicht Restitution eintritt, der Zerstörung Platz und hören auf. Am nächsten steht wohl die Hemiathetose nach cerebraler Kinderlähmung; doch wird angegeben, dass eine Spur von activer Beweglichkeit noch vorhanden sein müsse. Es wird darauf zu achten sein, ob das ausnahmslos zutrifft. In der Litteratur sind im Ganzen nur vier solcher Fälle bekannt. Als vorübergehende Erscheinung hat ausserdem Bechterew bei einer heilenden Hirnlues einmal einen rhythmischen Krampf des Levator beobachtet.

3. Dr. Bayerthal (Worms). Zur Kenntniss der Meningocele spuria mit Demonstration.

Auf das in neurologischer Beziehung vielseitiges Interesse darbietende Krankheitsbild der Meningocele spuria hat Vortr. bereits in einer früheren Arbeit die Aufmerksamkeit der Fachgenossen zu lenken versucht. (Deutsche Med. W. 1898, Nr. 3.) Die in Rede stehende Anomalie gehört zu den grössten Seltenheiten auf dem Gebiete der Gehirnpathologie. Wohl in Folge dieses Umstandes hat die Meningocele spuria bisher in den Lehrbüchern der Gehirn- und Nervenkrankheiten noch keine Erwähnung gefunden. Vortr. stellt einen 24jährigen Bauernburschen vor, der mit dieser Affection behaftet ist und bespricht an der Hand dieses Falles kurz die Pathologie des „falschen" Gehirnbruches. Was die Erscheinungen von Seiten des Gehirns anbelangt, so finden sich in dem demonstrirten Falle entsprechend dem Sitze der Meningocele über dem linken Parietale Paresen der Fingermuskulatur, Muskelatrophie und Wachsthumshemmung an Arm und Schulter der rechten Seite. Sensibilität an der rechten Hand herabgesetzt, psychische Defekte fehlen. Von Interesse ist auch die Angabe des Patienten, wonach in den letzten Jahren die rechte Hand in mehrwöchentlichen, unregelmässigen Zwischenräumen von klonischen Krämpfen befallen wird, die mitunter mehrere Minuten anhalten.

Für die Diagnose sind die traumatische Entstehung im frühesten Kindesalter, Sitz und Form der Geschwulst, ihr flüssiger Inhalt und ihre Communicationen mit dem Schädelinnern maassgebend.

Die Prognose ist nicht durch die Geschwulst als solche, sondern durch die organischen Veränderungen des Gehirns bedingt, die noch im späteren Alter den Anstoss zur Entwickelung der Epilepsie geben können. Letztere wird bei genügend langer Beobachtungsdauer selten vermisst. In dem demonstrirten Falle ist diese bedenkliche Complication bis jetzt nicht zu Tage getreten, wohl in Folge der geschützten Verhältnisse des Elternhauses, in denen Patient sich z. Zt. noch befindet, und seines hygienisch günstigen Berufes (Feldarbeit). Die genannten



Folgen der mit der M. sp. verbundenen Gehirnerkrankungen scheinen in Uebereinstimmung mit bekannten Erfahrungen auf dem Gebiete der Psychopathologie manchmal erst späterhin aufzutreten, wenn die Nothwendigkeit der eignen Lebensführung, des Kampfes ums Dasein, die Sorge um Weib und Kind erhöhte Anforderungen an die physische und geistige Kraft des Individuums stellen.

Was die Therapie anbelangt, so dürfte der Standpunkt v. Bergmann's, der die „König'sche Operation behufs Heilung einer Meningocele sp. für ein Mittel zur Heilung der mit ihr verbundenen Epilepsie" hält, wohl kaum den Beifall des Neurologen finden. Zur Zeit, als der vorliegende Fall in die Beobachtung des Vortr. gelangte (1888), verfügte die chirurg. Technik noch nicht über diese Operation; möglicherweise verdankt Pat. zum Theil auch diesem Umstande, dass er bis heute von epileptischen Krämpfen verschont geblieben ist. Vortr. erinnert in dieser Beziehung an die bekannten Erfahrungen Kocher's über den prophylaktischen Werth einer Schädellücke in Fällen traumatischer Epilepsie. Schliesslich weist Vortr. noch aus aktuellen Gründen auf Hirndruckerscheinungen hin, die in der ersten Zeit der Beobachtung durch Compression der Geschwulst zu erzielen waren. Diese Repositionsversuche finden sich in den Beiträgen zur klinischen Chirurgie B. VII erwähnt. Sie sprechen entschieden für die Existenz eines „Hirndrucks" (gegen Adamkiewicz) und für den von Sänger neuerdings wieder begründeten mechanischen Ursprung der Stauungspapille.

4. Herr Professor Fürstner (Strassburg): Ueber Hirntumoroperation und dabei entstehende Hirnhernien.

F. hat im Jahre 1903 über 4 Fälle berichtet, in denen die Diagnose auf Hirntumor gestellt und eine Operation vorgenommen war. Von ihnen leben noch zwei, zwei sind gestorben. F. berichtet zunächst über einen neuen Fall, der im Juni 1904 operirt wurde und 9 Monate später starb. 50jähr Mann, im November 1903 linksseitige Krämpfe, allmählich Parese links und Kopfschmerzen in der rechten Scheitelgegend, Stauungspapille. Operation, Tumor nicht gefunden. Defect mit Hautlappen verschlossen, Heilung per primam. Zunächst Beseitigung der meisten Symptome, dann nach 14 Tagen kleiner pulsirender Prolaps, nach 3 Monaten Wiederkehr der Krämpfe, Zunahme der Parese, Opticusatrophie. Tod. Grosse Neubildung im Stabkranz, nach links herüber sich ausbreitend, grosse Ganglien mit Tumorgewebe infiltrirt. Von den übrigen 4 Fällen wird folgendes berichtet. Im ersten wurde ein Tumor im Stirnhirn diagnosticirt (psychische Symptome, bes. Witzelsucht, Parese rechts, Fallen nach derselben Seite, Stauungspapille). Tumor nicht gefunden. Zunächst Besserung, dann Wiederkehr aller Symtome. Erblindung. Tod. 4 verkäste Tuberkel in der einen Kleinhirnhemisphäre. Auch hier zunächst grosse Hernie, die sich allmählich zurückbildete. Im 2. Fall Tumor oder Abscess der 3. Stirn- und 1. Schläfenwindung angenommen. Bei Operation nichts gefunden. Sehr grosse Hernie bildete sich allmählich zurück. Sehr erhebliche Besserung des Sehvermögens. Kranke nach $2^1/_4$ Jahr etwas arbeitsfähig. Im 3. Fall Operation über untern Scheitelläppchen. Tumor nicht gefunden. Grosse Hernie. Besserung aller Symptome. Tod 2 Jahre später. Grosser Stabkranztumor. Im 4. Fall bestand eine Rhinitis hypertrophica. Localisation im vorderen Theile der Basis. Palliativ-Operation über dem Stirnbein. Besserung, auch des Sehvermögens. Auch hier Hernie. Pat. wird noch beobachtet.

F. geht auf die Frage der Tumoroperation ein und spricht sich, da die Zahl der wirklich operablen Fälle sehr klein sei, zu Gunsten der Palliativ-Operation aus, die aber frühzeitig unternommen werden müsse, sobald die Stauungspapille erkennbar sei. Die rechtzeitige Minderung des Hirndrucks sei anzustreben und so das zu lange Bestehen der Stauungspapille mit ihren Consequenzen zu hindern. Schliesslich erörtert F. die Hernien. In Betracht komme die Entstehungszeit, der Inhalt der Hernie, die Bedeutung derselben für die Hirn- bezw. Tumorsubstanz, vor allem auch die Frage, welche Bedeutung die Hernie für den Gehirndruck haben kann.

5. Dr. H. Curschmann-Tübingen: Zur Methodik der Muskel- und Gelenksensibilitätsbestimmung.

Da die bisherigen Methoden der Prüfung von Gelenk- und Muskelbewegungsgefühl (Goldscheider, Bernhardt, Frenkel) eine quantitative Feststellung der Empfindungsschwelle, und somit in pathologischen Fällen einen zahlenmässigen Ausdruck des Herabsetzungsgrades der betr. Gefühlsqualität nicht ermöglichen, hat Vortr. zur Prüfung beider Gefühlskomponenten die galvanomuskuläre Methode gewählt. 1. Muskelcontractionsgefühl: Die Prüfung geschieht derart, dass bei möglichster Isolirung der betr. Extremität (Frenkel) zuerst die Minimalzuckung des Muskels und dann die Empfindungsschwelle des Contractionsgefühls desselben Muskels nach M. A. festgestellt wird. Die Differenzzahl zwischen beiden zeigt den Herabsetzungsgrad der Contractionssensibilität an. Unter normalen Verhältnissen fallen Minimalzuckung und Contractionsgefühl zusammen, resp. das letztere tritt schon um einige Zehntel M. A. früher auf, als das erstere. In pathologischen Fällen (Tabes, hemihypästhetische cerebrale Hemiplegie, Syringomyelie, multiple Sclerose, periphere Lähmungen) mehr oder weniger hohe Grade von Herabsetzung des Contractionsgefühls; Anwachsen der Differenzzahlen nach der Peripherie der Extremität zu, z. B. bei Tabes und cerebr. Hemiplegien (eine Curve zeigt Grad und Vertheilung der hemihypästhetischen Hemiplegie). Verwendbar ist die Methode auch zur Prüfung der hysterischen Tiefengefühlstörung (Sensibilitätsverlust für den „begrifflichen" Bewegungscomplex (Hellpach) oder auch für jeden einzelnen Muskel?).

Auffallende Reducirung des Contractionsgefühls bei peripheren Lähmungen mit elektr. E. R. und constant geringe Herabsetzung desselben bei multipl. Sclerose; regelmässige Verminderung des Contractionsgefühls bei Syringomyelie im Bereich der dissocirten Empfindungslähmung.



2. Gelenkbewegungsgefühl: Nachdem durch galvanomuskuläre Reizung die Minimalbewegung, d. i. die kleinste sichtbare Bewegung in dem betr. Gelenk, festgestellt ist, ermittelt man die Gefühlsschwelle für die Gelenkbewegung. Beim Normalen fällt Minimalbewegung und Empfindungsschwelle zusammen. Bei Tabes, hemianästhetischen Hemiplegien, Syringomyelie, Myelitiden und Neuritiden beobachtet man mehr oder weniger grosse Differenzen zwischen Minimalbewegung und Empfindungsschwelle; Differenzzahl (in M. A. ausgedrückt) = Grad der Herabsetzung der Empfindung. (An einer Curve Demonstration von Grad und Vertheilung der Störung bei Tabes, bedeutende Steigerung der Differenzzahlen nach der Peripherie der Extremität hin.) Die Methode zeigt auch bei anataktischen Tabikern, bei den nach gewöhnlicher Prüfung keine Gelenksinnsstörungen zu erwarten sind, deutliche Störungen nach obigem Vertheilungsmodus an. (Autoreferat.)

II. Sitzung, 27. V. 05, Nachmittags 2 Uhr. Vorsitzender: Herr Hofrath Fürstner (Strassburg).

6. Privatdocent Dr. Eduard Müller-Breslau: Ueber einige weniger bekannte Verlaufsformen der multiplen Sclerose.

Nach den Erfahrungen Strümpell's ist die multiple Sclerose bei der ländlichen Bevölkerung das häufigste grob-organische Gehirn-Rückenmarksleiden; nur in der Grossstadt steht sie hinter den syphilitischen und bezw. metasyphilitischen Erkrankungen zurück. Die „klassischen" Symptome (der eigentliche Nystagmus, das Skandiren und der echte Intentionstremor) sind nicht nur in ihrer Vereinigung selten, sondern in frühen Krankheitsstadien auch einzeln keineswegs häufig. Andere und ebenfalls durchaus typische Zustandsbilder gestatten mit gleicher Sicherheit auch ohne die Trias der „klassischen" Symptome eine richtige und dabei frühzeitigere Diagnose. Bei Berücksichtigung aller Verlaufsformen sind die Opticusaffectionen der multiplen Sclerose (namentlich in ihren charakteristischen Beziehungen zum Verhalten des Sehvermögens und zum Gesichtsfeld) das wichtigste und sicherste Symptom der multiplen Sclerose; sie finden sich in mindestens der Hälfte der einer Diagnose zugänglichen Fälle und sind von fast ausschlaggebender Bedeutung. Recht werthvoll ist das zuerst von Strümpell betonte Verhalten der Bauchdeckenreflexe; sie fehlen meist schon im Beginn des Leidens. Bei jugendlichen und gesunden Personen mit normalen Bauchdecken sind sie jedoch — eine sorgfältige, technisch richtige Prüfung vorausgesetzt — geradezu konstant nachweisbar.

Vortr. bespricht dann das relativ häufige Einsetzen der Erkrankung mit flüchtigen, gelegentlich bis zu vorübergehender Erblindung sich steigernden Sehstörungen; sie sind meist nur das erste alarmirende, ausnahmsweise aber auch das einzige Frühsymptom. Ophthalmoskopisch findet man in solchen Fällen gewöhnlich temporale Abblassungen der Papillen mit kleinem centralen Scotom und neurologisch oft fehlende Bauchdeckenreflexe, das Babinski'sche Zehenphänomen und ein leichtes Wackeln der Arme bei feineren Zielbewegungen. Sehr häufig und bedeutsam ist weiterhin der Beginn des Leidens mit einer, allen Krankheitserscheinungen oft jahrelang vorauseilenden, abnormen Ermüdbarkeit; diese ist zum Unterschied von anämischen Zuständen und functionellen Nervenleiden, deren Abgrenzung im frühesten Stadium der multiplen Sclerose nicht selten Schwierigkeiten macht, trotz annähernd gleicher äusserer Ansprüche an die Function gleichgebildeter Extremitäten ohne ersichtlichen Grund nur in dieser oder jener Extremität lokalisirt. Sehr selten ist die Entwicklung des Leidens mit heftigen neuralgischen Schmerzen; als anatomische Grundlage kommen Herde in den Wurzeln der Gehirn- und Rückenmarksnerven in Betracht.

Zum Schluss weist der Vortr. auf die scheinbar paradoxe Thatsache hin, dass trotz der Vielgestaltigkeit der Erscheinungsweisen im Beginn der multiplen Sclerose die Grundzüge des Gesammtbildes meist auffällig monotone sind. Die gemeinsamen, specifischen Merkmale drängen sich auf, wenn man sich einerseits an die allgemeinen diagnostischen Gesichtspunkte hält und anderseits den zur Zeit bestehenden Symptomencomplex durch genaueste anamnestische Erhebungen ergänzt. Diese allgemein-diagnostischen Gesichtspunkte sind vor Allem das jugendliche Alter, das Fehlen wesentlicher äusserer Krankheitsursachen, das gewöhnlich schmerzfreie und gute Allgemeinbefinden der sonst meist durchaus gesunden und kräftigen Patienten, die sprungweise Entwicklung des Leidens unter Re- und Exaltationen. Bei der für die multiple Sclerose charakteristischen Flüchtigkeit und geringen Ausprägung diagnostisch wichtiger Einzelerscheinungen (z. B. Amblyopien, Sprachstörungen, Doppelsehen, Blasenanomalien, Schwindelanfälle usw.), muss man für die Frühdiagnose aus dem momentanen Zustandsbilde und den nur anamnestisch nachweisbaren Krankheitserscheinungen meist erst einen Symptomencomplex konstruiren. Dann gelingt es oft leicht, die fast stereotype, quantitativ und qualitativ allerdings wechselnde Mischung von spinalen Stigmata einerseits, mit typischen Gehirn- und Augenstörungen anderseits nachzuweisen. (Erscheint ausführlich im „Neurologischen Centralblatt".)

7. Es erstattet sodann R. Wollenberg-Tübingen das Referat über: Die nosologische Stellung der Hypochondrie.

Die ältere Litteratur der Hypochondrie hat für uns heute nur noch historisches Interesse. Der Vortr. geht deshalb auf sie nur insoweit ein, als es zur Orientirung nothwendig erscheint. Nachdem zunächst die Anschauungen des Galenismus für die Auffassung der Krankheit maassgebend gewesen waren, sonderten sich mit der zunehmenden Erkenntniss der psychischen Genese der betreffenden Phänomene die Ansichten in zwei Gruppen. Die einen hielten nach wie vor fest an der Bedeutung, die man von jeher den krankhaft veränderten Hauptorganen der Bauchhöhle für die Entstehung der Hypochondrie beigelegt hatte, und liessen von diesen die psychischen

Störungen abhängig sein; die Anderen leiteten Alles von der psychischen Störung ab. Dementsprechend unterschied man eine Hypochondriasis cum und sine materia, eine Hypochondrie corporelle und mentale, sympathique und essentielle. In älterer „präneurasthenischer" Zeit bildete die Hypochondrie einen Sammelbegriff für die verschiedensten Neurosen. Insbesondere gab es keine Scheidung zwischen ihr und der Neurasthenie. Der Vortragende geht kurz ein auf die Geschichte der letzteren seit Beard und weist, im Anschluss an Martius u. A., darauf hin, dass schon Jahrzehnte vor Beard die wesentlichen Erscheinungen, Verlaufsarten und Ausgänge der Neurasthenie bekannt gewesen seien, wenn auch unter anderen Namen (Spinalirritation u. dergl.). — In Romberg's Lehrbuch der Nervenkrankheiten finden wir dann die wesentlichen Erscheinungen der Neurasthenie unter der Bezeichnung psychische Hyperästhesie „oder unter dem gebräuchlicheren Namen Hypochondrie" beschrieben und die Bedeutung des psychischen Momentes mit aller Schärfe betont. Der weitere Ausbau dieser Lehre fiel dann naturgemäss der Psychiatrie zu. Jedenfalls galt es bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts für eine unanfechtbare Thatsache, dass man es bei der Hypochondrie mit einer wohlumgrenzten und selbständigen Krankheitsform zu thun habe. — Hierin ist nun ein völliger Umschwung eingetreten, seitdem die Neurasthenie durch Beard Gemeingut der ärztlichen Welt geworden ist. Gegenwärtig bildet sie den weiteren Begriff, den die Hypochondrie in sich aufgenommen hat, und der Standpunkt der überwiegenden Mehrheit der Fachgenossen lässt sich in dem Satze zusammenfassen: Hypochondrie ist nur eine Theilerscheinung, ein Cardinalsymptom der Neurasthenie.

Trotz der scheinbaren Prägnanz dieses Satzes ist hiermit aber eine hinreichend scharfe Umgrenzung der Hypochondrie nicht gegeben. Dies liegt an der Unbestimmtheit und Dehnbarkeit des Neurastheniebegriffes. Alle Versuche (Möbius, Kraepelin), die erworbene nervöse Erschöpfung von den hierher gehörigen angeborenen psychopathischen Zuständen zu trennen, haben zwar naturgemäss etwas Künstliches, trotzdem ist eine solche Trennung im Interesse der Klarheit nothwendig, und auch der Vortragende will in seinen Ausführungen unter Neurasthenie nur die durch chronisch erschöpfende Einflüsse erworbene Form verstanden wissen.

W. erörtert sodann unter Berücksichtigung der Litteratur die Bedeutung des Moments der psychischen Hyperästhesie für das Verständniss der Neurasthenie, und die so häufige Entwickelung hypochondrischer Zustände aus dieser letzteren heraus; dabei kommt er zu dem Schlusse, dass wir es hier mit keiner selbständigen Krankheit, sondern mit einer besonderen Form der Neurasthenie zu thun haben, die nicht besser umschrieben werden könne, als dies in der bekannten Jolly-Hitzig'schen Definition geschehen ist.

Die weiteren Ausführungen beziehen sich auf die Frage, ob es, abgesehen von dieser neurasthenischen Form, eine selbständige, echte Hypochondrie gebe und welche nosologische Stellung dieser zukomme. Eine kurze Uebersicht über die Bilder, unter denen uns die Hypochondrie klinisch entgegentritt, ergiebt zunächst, dass hypochondrische Episoden bei den verschiedensten psychischen Krankheitszuständen sehr häufig sind. Vortr. erwähnt zum Beweis hierfür die entsprechenden Zustände bei Dementia paralytica und senilis, die hypochondrische Melancholie, die hypochondrischen Vorstellungen beim chronischen Alkoholismus, bei der Epilepsie und insbesondere bei den verschiedenen Formen der Dementia praecox, bei denen ihr symptomatischer Charakter wohl nicht selten verkannt werde. — An eine selbständige Krankheit Hypochondrie könnte man eher denken bei den nach Gemüthserschütterungen (Unfällen pp.) entstehenden Fällen, die aber doch nur eine als traumatische Hypochondrie bekannte Abart der traumatischen Neurosen (Schreckneurose, Kraepelin) darstellen. Hieran schliesst sich die Besprechung der auf dem Boden einer angeborenen psychopathischen Eigenart zur Entwickelung kommenden Fälle, die theils der Hysterie, theils den Zwangszuständen, vor Allem aber der „Nervosität" im engeren Sinne angehören. Hier finden eingehendere Berücksichtigung einmal die sogenannten constitutionell Verstimmten, sodann jene Psychopathen, die man als Fanatiker der Sorge um das eigene körperliche Wohl bezeichnen und zu den Pseudoquerulanten (Kraepelin, Aschaffenburg) in Parallele setzen kann.

Wenn alle bisher besprochenen Fälle ohne besondere Schwierigkeit zu bereits bestehenden Krankheitsformen in nahe Beziehung gesetzt werden können, so bleibt endlich noch eine Gruppe von Fällen übrig, die sich durch die Entwickelung eines typischen hypochondrischen Wahns, aber meist ohne eigentliche Systematisirung auszeichnen und prognostisch günstig sind, jedenfalls nicht zur Verblödung führen, in didactischer Beziehung aber vielfach Schwierigkeiten machen. Ausgehend von einem Falle seiner Beobachtung spricht sich der Vortragende dahin aus, dass es sich auch hier nicht um selbständige Krankheitsbilder handelt, sondern um jene constitutionellen Formen, die, wie Kraepelin sagt, „eine sehr ausgesprochene Neigung haben, im Leben mehrfach, ja sogar sehr häufig wiederzukehren", d. h. zu den Formen, die wir im Allgemeinen als periodische zu bezeichnen pflegen und deren ausgebildeten Typus das manisch-depressive Irresein darstellt. Dem entspricht auch der allseitig als „remittirend-exacerbirend" bezeichnete Verlaufscharakter dieser Fälle. Das manisch-depressive Irresein besitzt eben eine viel grössere klinische Vielgestaltigkeit, als man früher angenommen hat; insbesondere findet sich dabei keineswegs selten eine recht hartnäckige Wahnbildung speciell hypochondrischen Inhalts, aber auch ein ausgesponnener Verfolgungswahn kommt in den Depressionszuständen episodisch keineswegs selten vor und kann dann zu



diagnostischen Schwierigkeiten führen. Eine innere Berechtigung, diese Fälle als eine selbständige Form echter Hypochondrie abzugrenzen, besteht hiernach nicht; sie bilden eben eine der mannigfachen Specialformen der auf degenerativer Basis entstehenden psychotischen Zustände. — Der Vortr. kommt hiernach hinsichtlich der Frage der Selbständigkeit der Hypochondrie zu negativen Schlussfolgerungen. Wenn es auch mit Hilfe der Jolly-Hitzig'schen Definition leicht gelinge, eine grössere Anzahl von Fällen zusammenzubringen, so zeige sich doch bei näherer Betrachtung, dass diese sich sämmtlich in anderen bekannten Krankheitsformen unterbringen lassen, und zwar komme hier — abgesehen von den hypochondrischen Episoden im Verlauf der anderen Geisteskrankheiten — vor Allem in Betracht: die Neurasthenie in der vorhin gegebenen engeren Umgrenzung, sodann die Gruppe der constitutionellen Psychopathien. Die Hypochondrie ist eben nur ein psychopathologischer Zustand, eine krankhafte psychische Disposition besonderer Art, also in letzter Linie ein Symptom. Immerhin kann dieses zuweilen eine so dominirende Stellung im Krankheitsbilde einnehmen, dass aus praktischen Gründen für diese Fälle die Beibehaltung der Bezeichnung Hypochondrie, vielleicht auch der Unterabtheilungen einer constitutionellen und accidentellen Form, gerechtfertigt erscheinen könnte. Hiermit soll aber die nosologische Selbständigkeit der Hypochondrie nicht ausgesprochen werden. (Autoreferat.)

(Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt demnächst im Centralbl. für Nervenheilkunde und Psychiatrie.) (Fortsetzung folgt.)

— **Ein königliches Honorar für Psychiater.** Die Psychiater Dr. Magnan, Dr. Garnier, bezw. seine Wittwe, und Dr. Dubuisson die mit der Ueberprüfung des Geisteszustandes der Prinzessin Luise betraut waren, haben ein Honorar von je 5000 Franken gefordert, das vom Wiener Obersthofmarschallamt anerkannt wurde. Der Gesammtbetrag von 15000 Franken wird aus dem Gelde geleistet werden, das der Prinzessin Luise aus den Sustentationsraten ihres Vaters, des Königs der Belgier, zugeflossen und zum Theile noch nicht verbraucht worden ist. Die über die Prinzessin Luise verhängt gewesene Kuratel ist auf Grund des Pariser Gutachtens aufgehoben worden. (Prager Tageblatt.)

— **Heidelberg.** Auch in Heidelberg hat sich in diesen Tagen eine **forensisch-psychologische Vereinigung** gebildet, die sich die Aufgabe stellt, durch Veranstaltung von Vorträgen und freien Besprechungen alle, die als Mediciner, Juristen, Verwaltungs- und Gefängnissbeamte an der Rechtspflege und allgemeinen Wohlfahrtspflege betheiligt sind, zum gemeinsamen Austausch der Erfahrungen und Anschauungen über schwebende Fragen aus dem juristisch-psychiatrischen Grenzgebiet zu vereinigen. Es soll damit ein Boden geschaffen werden, auf dem sich die Juristen mit den Psychologen und Psychiatern zu gemeinsamer Arbeit zusammenfinden. Man wünscht eine wechselseitige Verständigung über die Grundsätze zu erreichen, die den Bedürfnissen der Rechtspflege sich anpassen und danach zu einem allgemeinen Maassstabe für das Gemeinleben unseres Volkes erhoben werden dürfen. Die begründende Sitzung fand am 23. Juni im juristischen Seminar in Heidelberg statt. Zur Einleitung hielt Prof. Fr. v. Jagemann einen Vortrag über „Juristen und Mediciner gegenüber den forensisch-psychologischen Fragen". Er setzte auseinander, wie die Zusammenarbeit der Mediciner und Juristen in Bezug auf Forschung, Anwendung des geltenden Gesetzes und Reformbestrebungen verschieden gestaltet sein müsse, erwähnt die Bedeutung der zuerst in Baden eingeführten Gefängnisslehrkurse für Juristen, die Methoden der Forschung, und betonte, dass die Gebiete vom Strafrecht und Strafvollzug, gegenüber der differentialen Person des Verbrechers vielseitiger und beweglicher zu gestalten seien. Auch wurde gefordert, die Strafe und den polizeilichen Rechtszwang zur Sicherung und Fürsorge nicht in einander zu vermischen. Der Geschäftsführer der Vereinigung, Prof. Dr. Endemann berichtete, dass der Aufruf zur Theilnahme an den Arbeiten der Vereinigung von allen Seiten die lebhafteste Zustimmung gefunden hat; die Zahl der Mitglieder beläuft sich bereits über 60. Den nächsten Vortrag wird am 21. Juli 1905 Professor Dr. med. Nissl über verminderte Zurechnungsfähigkeit halten. Inzwischen hat auch das badische Ministerium der Justiz und des Kultus erklärt, dass es der Entwickelung der forensisch-psychologischen Vereinigung mit dem grössten Interesse entgegensehe. Staatsminister von Dusch hat dementsprechend bereits seinen Beitritt zu der Vereinigung erklärt.

— Das Prager Tagblatt schreibt: „Wir waren vor längerer Zeit in der Lage zu melden, dass in der Prager Landesirrenanstalt Unterschleife entdeckt wurden, die einer Reihe von Personen aus dem Beamten- und Wärterstande zur Last fielen. Auf welche Weise diese Unregelmässigkeiten entstanden, erklärt die Art, wie das Inventar aufgestellt wurde. Die Aufstellung desselben wurde nämlich einem Irren anvertraut, der beispielsweise in einem einzigen Jahre Effekten für 70000 K. nicht in das Inventar eintrug. Wurde eine Revision angesagt, so wurden verschiedene Effekten in den Kamin oder auf den Boden versteckt. Sehr viele Gegenstände wurden gestohlen, da sie nicht im Inventar aufgezeichnet waren, demnach niemandem gehörten. Interessant ist auch der Umstand, dass das von einem Irren aufgestellte Inventar vom Kontrolleur ohne jede Nachkontrolle unterschrieben wurde, der es dann dem Verwalter zur Unterfertigung gab, der auch ohne weitere Umstände seine Unterschrift darunter setzte. Die Revision, die bereits vom Beginne dieses Jahres an durchgeführt wird, konnte bisher den dem Lande zugefügten Schaden noch nicht ermitteln. Es ist möglich, dass der Schaden 100000 K. beträgt, es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dass der Schade 200000 K. oder mehr beträgt, da die Unregelmässigkeiten auf eine lange Reihe von Jahren zurückgreifen. Im Landesausschusse wurde zur Unter-



suchung der Malversationen eine Kommission eingesetzt. Letztere verfasste über die Malversationen einen 117 Druckseiten einhaltenden Bericht, mit dem sich die Kommission in einigen Sitzungen befasste. Da aber der Bericht dem Strafgerichte, das die gerichtliche Untersuchung führt, abgetreten wurde, hat der Landesausschuss seine Beschlussfassung bis zur Beendigung der strafgerichtlichen Untersuchung aufgeschoben. In der gestrigen Landesausschusssitzung wurde beschlossen, den Verwalter zu suspendiren, seinen Gehalt auf die Hälfte zu reduciren und dem Verwalter aufzutragen, die Anstalt bis Ende Juli zu verlassen. An 15 Beamte, darunter Rechnungsräthe und Rechnungsoffiziale sind ausser einigen anderen Angestellten der Anstalt in die Untersuchung verwickelt; die Beamten dürften nach Abschluss der gerichtlichen Untersuchung von Prag versetzt werden.

Die Höhe des Schadens konnte, wie oben erwähnt, von der Kommission noch nicht genau festgestellt werden, doch steht soviel fest, dass die Malversationen auf 10 Jahre zurückdatiren. Die in Haft befindlichen Wärter und Wärterinnen schieben die Schuld auf zwei bereits verstorbene Wärterinnen.

— „Zur Frage der Idiotenfürsorge hat man in Sachsen beschlossen, die neue Anstalt für Blinde und Schwachsinnige in Chemnitz so einzurichten, dass eine Trennung der nicht erziehungsfähigen Idioten von den erziehungsfähigen ermöglicht wird. Bei der Behandlung der ersteren soll die medicinische Wissenschaft, bei der Behandlung der Erziehungsfähigen die Pädagogik den Ausschlag geben. Die Errichtung der neuen Idioten- und Blindenanstalt in Chemnitz erfordert einen Aufwand von 4 500 000 M."

Vorstehende, das Publikum irreführende Notiz macht die Runde durch die Tageszeitungen. Es ist natürlich ein Unsinn, dass bei der Behandlung der erziehungsfähigen Idioten die Pädagogik den „Ausschlag" geben soll. Idioten sind Geisteskranke oder Geistesschwache des jugendlichen Alters und in jeder Beziehung als solche zu behandeln; es sind Kranke, für deren Beurtheilung, Behandlung, Erziehung und Unterricht die Ansicht des Arztes ausschlaggebend ist. **Die Bildungsfähigkeit läuft keineswegs mit Art und Grad der Krankheit parallel.** Leuten, die das nicht zu begreifen vermögen, ist eben nicht zu helfen.

Leute, welche in ihrer Unwissenheit die Idiotenfürsorge mit dem Begriff des „abgelaufenen Krankheitsprocesses, wobei für den Arzt nichts zu heilen oder zu bessern" sei, abthun, werden nicht zu bekehren sein.

Für Beurtheilung von Brustfellverwachsungen (Folge einer abgelaufenen Brustfellentzündung), von Herzklappenfehlern (Folge einer abgelaufenen Klappenentzündung), der Seh- und Hörkraft nach Augen- und Ohrenleiden usw. ist der Arzt maassgebend. Und für die Beurtheilung „abgelaufener" Gehirnkrankheiten? Ja, Bauer, das ist ganz was Anderes! Und nun ist noch bei weitem nicht jeder Fall von Idiotie ein „abgelaufener"! Dr. Bresler.

— 77. **Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte** in Meran 24.—30 September 1905 21. Abtheilung: Neurologie und Psychiatrie. Einführende: Dr. von Kaan, Meran, Univ.-Prof. Dr. K. Meyer, Innsbruck, Dr. von Zlatarovich, Pergine. Schriftführer: Dr. O. Pollak, Meran, Dr. Kofler, Innsbruck, Dr. Bloch, Meran, Dr. Stiefler, Innsbruck. Sitzungsraum: Speisesaal im Hotel Habsburgerhof, Habsburgerstrasse. Verpflegungsstätte: Hotel Habsburgerhof, Habsburgerstrasse.

1. Edinger (Frankfurt): Herkunft des Hirnmantels in der Tierreihe.
2. Eulenburg (Berlin): Ueber Selbstmorde im jugendlichen Lebensalter.
3. Hartmann (Graz): Thema vorbehalten.
4. Hausmann jun. (Meran): Zur Kenntniss der Arsengewöhnung.
5. Higier (Warschau): a) Familiäre amaurotische Idiotie und familiäre Kleinhirnataxie des Kindesalters.
   b) Die akute retrobulbäre Neuritis optica.
6. Marburg (Wien): Thema vorbehalten. (Mit mikroskopischen Demonstrationen.)
7. Meschede (Königsberg): Thema vorbehalten.
8. Meyersohn (Schwerin i. M.): Ueber Amentia bei Infektionskrankheiten.
9. Neisser (Bunzlau): Die sogenannte agitirte Melancholie.
10. Pazeller (Meran): Ueber unblutige Nervendehnung bei Neuritis und Neuralgien.
11. O. Pollak (Meran): Ueber zwei für die Pathologie wichtige Entwicklungsanomalien des centralen Nervensystems zweier sehr junger Embryonen.
12. Raimann (Wien): Ueber pathologische Alkohol-Reaktion.
13. Redlich (Wien): Thema vorbehalten.
14. Stiefler (Innsbruck): Zur Klinik der neuralen Form der Muskelatrophie.
15. Stransky (Wien): Thema vorbehalten.
16. Weygandt (Würzburg): Thema vorbehalten.

Die Abtheilung ist eingeladen: von Abtheilung 16 (Innere Medizin, Pharmakologie, Balneologie und Hydrotherapie) zu: Eulenburg (Berlin): Ueber einige neuere Methoden der Epilepsiebehandlung; von Abtheilung 28 (Gerichtliche Medizin) zum Diskussionsthema: Morphinismus in strafrechtlicher Beziehung: Kaan (Meran) und Strassmann (Berlin), und: Der Geisteszustand jugendlicher Krimineller: Anton (Graz) und Puppe (Königsberg).

Personalnachrichten.

— Rom. An Stelle des verstorbenen ordentlichen Professors der Irrenheilkunde an der Universität Rom Dr. Sciamanna wurde der ordentliche Professor in Modena und Direktor der Provinzial-Irrenanstalt in Reggio (Emilia) Dr. Tamburini nach Rom berufen; die Leitung der römischen Irrenanstalt bleibt jedoch in den Händen von Professor Dr. Mingazzini.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 17. 22. Juli. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Versetzungsbesserungen.

Von Dr. *Franz Ricklin*, Secundararzt der zürcher Pflegeanstalt Rheinau.

Nach einem Vortrag auf der schweiz. Psychiater-Versammlung in Wil, 12. Juni 1905.

(Fortsetzung).

Eine Gruppe meiner Fälle rekrutirt sich aus Leuten, bei denen immer noch neue Schübe kommen, oder wo die frühern Aufregungs- und Verblödungsschübe in periodische Aufregungsstadien von mehr oder weniger starker Häufung übergegangen sind. Die Aufregungen sind meist abgeschliffener, in den psychologischen Details verwischter, oft abgekürzter. In der Zwischenzeit sind das mehr oder weniger ruhige, gute Leute mit einer gewissen Demenz, oft einem leisen Persistiren der Wahnvorstellungen.

Diese Kranken zeigen bei meinem Material keine Versetzungsbesserung; denn werden sie in der guten Periode versetzt, so sind sie sowieso schon ordentlich, und die stark fixirte, stereotypirte Aufregungszeit ist nicht beeinflussbar. Nur mit den Jahren ist ein allmähliges Abblassen in der Intensität der Aufregungen zu verzeichnen.

Unter diesen Fällen befindet sich eine Kranke, die in den schlechten Zeiten der Therapie die grössten Schwierigkeiten macht.

Frau G. erkrankte 1887; in der äusserlich glücklichen Ehe muss etwas nicht gestimmt haben; der erste acute Schub mit Verwirrung dauerte nur ein paar Wochen und barg schon die schlimmsten Symptome, Unreinheit, Zerkratzen, Belecken des ganzen Zimmers, Zerreissen, alles verbunden mit sexuellen Vorstellungen und depressiven Gedanken an ihr Verhältniss zu ihrem Mann, in sich. Diese Erregungen folgten sich bald in kurzen Abständen.

Die Versetzung geschah in einer Zeit der Erregung, bald kam wieder eine ruhige Zeit, mit gar wenig Auskunft über die Erregung.

In den ruhigen Wochen trägt sie gewöhnliche Kleider, arbeitet und ist freundlich und nicht unrein. Während der Erregung, wo sie alles zerkratzt, Tische, Bänke, Badewannen, Mauern, wusste man sich im Burghölzli und hier schliesslich nur mit einem Rock zu helfen, dessen Aermel vorn geschlossen sind, und im Innern den Händen vollständig freien Spielraum lassen. Es ist übrigens die einzige Kranke, wo das angewendet wird, unter nahezu tausenden. Von einem Kunstproduct ist nicht die Rede, da Pat. in der ruhigen Zeit ganz gesittet ist, und wir führen die Hartnäckigkeit der unangenehmen Symptome (Zerreissen, Zerkratzen etc.) darauf zurück, dass sie sexuelle Aequivalente sind und sich als Dauersymptome des sexuellen Complexes entwickelt haben.

Dieser erste, periodische Typus, ohne Versetzungsbesserung ähnelt eben in der Erregung den unbeeinflussbaren acuten, in der ruhigen Zeit dem „genesenen", aber nicht geheilten Katatoniker nach Ablauf des ersten acuten Schubes.

Jenen Dementia-praecox-Fällen, die im „praecoxen" Traum des acuten Schubes die Umgebung verkennen, im Traum ganz aufgehen und alle äussern Einflüsse im Sinne des Traumcomplexes verwerthen, gleichen unsere alten Katatoniker, die in einer Art permanenten Traumes leben, wo alles im Sinne der Wahnideen gedeutet, die Wirklichkeit hallucinatorisch umgedeutet wird, wo die Leute einen ausschimpfen und einen anderen damit meinen, die Wirklichkeit und Hallucination nebeneinander wahrnehmen und nicht unterscheiden.

Ich möchte zum Verständniss dieses Zustandes auf einen acuten Fall zurückgreifen, der das Wesen dieser praecoxen Wunschtraumpsychosen characterisirt.

Es betrifft eine sehr intelligente und gebildete 26jähr. Patientin Martha S. 6 Jahre vorher hatte sie einen ersten kurzen Schub durchgemacht, sich aber nachher so gut erholt, dass sie als geheilt entlassen worden war und die Diagnose Dementia praecox nicht gestellt wurde.

Diesmal machte sie die Liebe zu einem Componisten krank, bei dem sie Gesangstunden nahm, eine Solopartie im Concert sang, und der sie mit Bewunderung erfüllte. Sie machte nun eine Wunschtraumpsychose durch, die erst nach einigen Monaten ab-



schloss. Zuerst fasste sie die Verbringung in die Anstalt und alles was vorging als einen Abstieg in die Unterwelt auf. Wegleitend dabei war die letzte Composition des Musikers: „Charon". Dann, nach diesem läuternden Gang durch die Unterwelt, deutete sie alles, was um sie vorging, im Sinne von Schwierigkeiten und Kämpfen, die sie zu bestehen hatte, um sich mit dem Geliebten zu vereinigen. Endlich kam diese Vereinigung: Pat. hielt eine andere Wachsaalpatientin für ihren Geliebten, ging während einiger Nächte zu ihr ins Bett. Nachher glaubte sie sich schwanger, fühlte und hörte Zwillinge im Leib, ein Mädchen, das ihr glich, und ein Knäblein, das dem angeblichen Vater ähnlich war. Sie glaubte dann geboren zu haben und hallucinirte ein Kind neben sich im Bett. Damit war die Wunschpsychose als heilendes Surrogat für die Wirklichkeit erledigt, Pat. wurde rasch ruhig, im Benehmen freier, die Steifigkeit in Haltung und Gang wich von ihr, und sie gab mir bereitwillig katamnestische Auskunft mit grosser Einsicht, sodass ich ihre Angaben mit den Notizen der Krankengeschichte sehr hübsch vergleichen konnte. Wir entliessen sie als geheilt.

Leider war der Wunschtraum nicht ein voller Ersatz für die Wirklichkeit, und die Krankheit erwies sich doch als Dementia praecox, ein Process, der doch immer Defecte setzt und weiter geht, als reparatorisch nöthig wäre. Später kamen neue Schübe mit dem alten Inhalt, nur war diesmal kein einheitlicher Traum mehr vorhanden, alles war zerfallener, verwischter, kein klarer Faden zog mehr durch das pathologische Gebilde.

Und so geht es eben meistens bei der Dementia praecox.

Ein junger Mann liebte eine Cousine, allerhand familiäre und religiöse Skrupel trübten den glatten Verlauf der Liebe. Am schlimmsten wirkten aber einige Zeichen leichtfertiger Gleichgültigkeit von Seite der Geliebten. Es brach eine Dementia praecox aus, der junge Mann glaubte alles verloren, die Theateraffichen hatten auf ihn Bezug, er roch Leichengeruch an seinen Kleidern, wagte nicht ans Fenster zu gehen, weil es ihn hinabzog.

Unter diesen Umständen wurde die Verlobung beschleunigt, die Geliebte gab sich alle Mühe um ihn, aber es war eben zu spät, die Dementia praecox war angefacht und liess sich nicht auslöschen und durch die Wirklichkeit corrigiren. Der krankhafte Complex wirkte aus dem Unbewussten heraus in Form dieser Hallucinationen voll Todesahnung. Mit dieser Prädestination in sich, stürzte sich der junge Mann, wahrscheinlich einer plötzlichen imperativen Hallucination folgend — denn sein Bewusstsein stand den krankhaften Erscheinungen gleichsam beobachtend und geängstigt gegenüber —, über eine hohe Brücke und entrann so der Anstalt und einer traurigen Verblödung.

Der Process der Dementia praecox geht also weiter als der reparatorische Wunschtraum und lässt sich auch durch die reparatorische Wirklichkeit nicht mehr aufhalten. Und wir bekommen also solche Leute, die im Anfang einen consequenten Wunschtraum haben, später weniger consequent weiterträumen, in die Pflegeanstalt.

Von diesem Gesichtspunkt aus wird uns das Wesen einer bestimmten Gruppe von Versetzungsbesserungen deutlich, wo die neue Umgebung im Sinne dieser Träume verkannt wird. Passt das neue in diesen Traum, so sehen wir eine Versetzungsbesserung eintreten, passt es nicht, so ist der Pat. unzufrieden und regt sich auf.

Otto Sch., Kaufmann, geb. 1851, war von jeher etwas sonderbar. Nach der Kaufmannslehre ging er nach Paris, brachte es zu nichts und verschwendete sein Geld. 1892 kam er nach Genf, fand nur eine untergeordnete Stelle und war auch dieser nicht gewachsen. Er bekam eine Katatonie und „träumte", er habe eine Millionärin als Braut, er sei reich, bekomme ein Schloss und erhalte eine glänzende Stelle. Er hatte entsprechende Symptome und Hallucinationen. Als er heimgenommen wurde, war er deprimirt, wollte immer zu seiner imaginären Braut reisen und telegraphirte ihr kurz vor der Versorgung, ich glaube nach Luzern oder Montreux, wo er meinte, dass sie sich aufhalte.

Er kam im gleichen Jahr 1892 ins Burghölzli, war drohend und gewaltthätig, hörte, dass er heruntergemacht wurde. Er verlangte gebieterisch nach der Braut und nach Freiheit.

Allmählich wurde er blöder, die Ideen schienen etwas abzublassen, zur Arbeit war der Mann nicht zu bringen.

Im April 1902, nach 10 Jahren, wurde er in die schönen Neubauten von Rheinau transferirt.

Da war er auf einmal ruhig und freundlich, offerirte dem Arzt Cigaretten, verlangte selber Beschäftigung, und als man seiner Stereotypie, Notizen und Rechnungen zu machen, entprechend, ihm Bänder für Wäschezeichen zu beschreiben gab, dankte er für die erhaltene Arbeit. Er machte darüber eine eigenthümliche kaufmännische Buchführung und Registrirung. Den sog. Korbweg von der alten Anstalt zur neuen herauf nannte er Schlossweg. Er verfasste ein Schriftstück, worin er in kaufmännischem Stil den Antritt seiner neuen Stellung bestätigte. Allmählich verging dieses gute Befinden, Pat. verlangte etwa ziemlich stürmisch Besoldung, schrieb Briefe und machte Offerten, die er der Post durch Hinauswerfen durchs Fenster übergab, und reklamirte schwer, dass die für ihn eingelaufenen Briefe zurückbehalten werden.

Die Besserung dauerte nur 2—3 Monate. Pat. wurde unbrauchbarer, unfreundlich, ungnädig, schien blöder und besorgte das Wäschenamenschreiben nicht mehr korrekt. Neue Arbeitsversuche in diesem Jahr verliefen resultatlos, Pat. scheint blöde, in Träumerei versunken, kritzelt Zahlen und freut sich an den Fahrplänen mit den vielen Zahlen.



Es ist ganz deutlich, dass Pat. die Versetzung im Sinne seiner Ideen auffasste und deutete, die Neubauten für eine Art Schloss hielt und seinen Wunsch, eine glänzende Stelle zu bekommen, realisirt glaubte. Als er nie besoldet wurde u. s. f., verschwand die Besserung.

Aehnlich verhielt sich der Pat. Albert H., geb. 1834, Coiffeur. Er war von Jugend an eigensinnig, aufbrausend, verdiente als Coiffeur ordentlich, fing dann einen Rosshaarhandel an und verlor Geld. Nachher wollte er mit seinem Bruder eine Weberei gründen, verwickelte sich aber dabei in Processe und zog in Bern als wandernder Coiffeur und starker Trinker herum. 1890 wurde er verletzt aufgefunden und behauptete, er sei überfallen worden. Von da an war er misstrauisch, glaubte sich wegen seines angeblich grossen Reichthums verfolgt, trug Waffen, wurde gewaltthätig, hielt sich für einen Millionärssohn und legte sich einen neuen Namen zu. Er wurde in der Waldau internirt und kam noch im Jahre 1891 ins Burghölzli. Er wollte nicht arbeiten, hallucinirte, war eidgen. Polizeicommissär, versuchte zu entweichen, hatte Verfolgungsideen, besonders gegen die Aerzte, die ihn zurückhielten. Er glaubte sich verwandt mit Bundesrath Deucher und sei mit ihm durch Lufttelephon in Verbindung. Er fürchtete sich vor bösen Geistern, d. h. seinen Hallucinationen, verbarrikadirte jeden Abend sein Zimmer und wirthschaftete darin herum, häufig Thierstimmen nachahmend. Selten spielte er Schach. Er meinte immer, es komme jetzt bald jemand um ihn abzuholen.

Als er dann im December 1901 nach Neu-Rheinau transferirt wurde, war er zufrieden, einige Tage ganz freundlich. Doch bald war ihm der Anstaltsbetrieb feind, er fühlte sich nicht mit dem nöthigen Respect behandelt, spuckte vor den Aerzten aus und verachtete sie; er könne nicht hier bleiben. Er hatte wieder Verfolgungsideen wie vordem. Er will keine Auskunft geben, er sei sein eigener Herr, ist negativistisch.

Einmal wieder nach einer körperlichen Krankheit war er kurz zugänglicher, machte sogar Hausgeschäfte. Ob ihn die Krankheit ganz aus seinem Träumen geweckt hat und normale Reste funktionirten, oder ob er die Hausgeschäfte mit seinen Ideen vereinbaren konnte, weiss ich nicht. Später war er wieder unzugänglicher und arbeitet nicht mehr, bot auch die alten Ideen.

Wir sehen also wieder einen Kranken mit einem ziemlich motivirten socialen Wunschtraumcomplex, wo die Versetzung, im Sinne des „praecoxen Traumes" verwerthet, für kurze Zeit bessernd gewirkt hat.

Bei einer Anzahl weiterer Pat. hat man durchaus den Eindruck, dass die Versetzungsbesserung aus gleichen Gründen erfolgt sei; aber die für unsere Gesichtspunkte ungenügende Anamnese und die spärliche Auskunft der Kranken erlauben nicht, den Schluss bestimmt zu ziehen.

Bei einer etwas imbecillen Katatonie, Anna W., mit zuerst wechselndem Verlauf und Stimmen von Liebhabern, die plump erotisch war, sich besonders in einen bestimmten Arzt verliebte und wenn sie sah, dass es unnütz war, deprimirt wurde, brachte die Versetzung eine wesentliche Besserung, indem sie dem genannten Arzt aus den Augen kam.

Wir haben in unserm Material andere Fälle, wo die Versetzungsbesserung ein Aufwecken aus dem katatonen Traum bedeutet, sodass der Traumcomplex versinkt und die noch gut erhaltenen Associationsgebiete thätig werden.

Es ist nicht immer ganz leicht zu entscheiden, ob ein Fall zu dieser Weckgruppe oder zur vorhergehenden gehört, denn wir wissen nicht immer, ob nicht die Versetzung doch im Sinne des Wahnsystems günstig aufgefasst und umgedeutet worden ist. Bei den meisten ist das unwahrscheinlich, oder es lässt wenigstens nichts darauf schliessen.

Hierher gehören die meist kurzen, aber auffallenden Versetzungsbesserungen par excellence.

Anna M., Seidenwinderin, war bis zum 18. Jahr gesund, dann alle Jahre um Neujahr herum während Wochen kränklich, mit starken Menses, war deprimirt und reizbar. Schliesslich entwickelte sie Verfolgungsideen gegen die Familie, welche sie nicht heirathen lassen wolle, nannte bald diesen, bald jenen als ihren Liebhaber. Dazu kamen hysteroide Lähmungen, Aphonien, Aphasien, die sich leider aus Mangel an analytischem Material nicht mehr deuten lassen.

Sie kam 1886, etwa 16 Jahre nach den ersten Anzeichen, in die Heilanstalt, war ruhig und fleissig, wieder 2 Jahre daheim, kam 1889 mit läppischem Thun und Beeinträchtigungsideen auf die Angehörigen von neuem in die Anstalt, schliesslich hatte sie Wahnideen auf Aerzte und Umgebung, fing an zu schimpfen, mit Schnauzkrampf und eigenthümlich stossweise, auch spuckt sie die Aerzte an. Nach der Versetzung im Dec. 1901 war sie auf einmal freundlich, gab Auskunft, ohne indessen den Schnauzkrampf, der fast durchwegs ein Symbol von Selbstgefühl mit Verachtung der Umgebung in den krankhaften Ideen darzustellen scheint, zu verlieren, arbeitete und zeigte allerhand Interesse. Das hielt etwa 3 Monate an; sie wurde dann, bes. nach einem Besuch aus dem Burghölzli, wieder erregt und bekam ihre alten Schimpfanfälle, aus denen man ein verächtliches verbigeratorisches Lästern auf den Arzt verstehen kann; auch hörte sie zu arbeiten auf.

Allmählich blasst alles leicht ab, und wenn man ihr bei der Visite ganz ausweicht, ist das Schimpfen selten.

Ob nicht in diesem Falle doch ein wahnhaftes Deuten der Versetzung stattgefunden hat?

Albert O., Schneider, geb. 1863, fing in der Fremde an herumzulumpen, kam mit schimpfenden



Stimmen und Wahrsagezettelchen zurück und war seit 1897 im Burghölzli. Er wollte mit dem Messer nach den Stimmen fahnden, war gewaltthätig; in der ersten Zeit hatte er noch bessere Zwischenzeiten, wo er fleissig war. Er landete in der unruhigen Abtheilung, hallucinirte, war viel erregt; ausser zum Rosshaarzupfen war er schliesslich zur Arbeit unbrauchbar.

Nach der Versetzung 1901 war er ruhig, wurde nach 3 Monaten in der Schneiderei beschäftigt, wo er fleissig arbeitet, allerdings nur neue Kleider machen will. Zeitweise stören ihn Hallucinationen und die Beschäftigung mit unverständlichen Zettelchen noch an der Arbeit, er kann auch etwas erregt werden, aber nie so, dass er mit arbeiten aussetzen müsste.

Anna Sch., geb. 1850, erkrankte 1886 als Erzieherin in England an Dementia praecox; die psychischen Umstände zur Zeit der Erkrankung sind mir nicht genügend bekannt. Sie war schon in England in einer Anstalt. 1889 kam sie ins Burghölzli, hallucinirte, benahm sich läppisch, kindisch (etwas von letzterem Wesen ist ihr in Sprache und Thun geblieben und hängt wohl noch irgendwie mit dem Beruf als Erzieherin zusammen), später kamen Suicidversuche, absurde Ideen; dann 1891 ein stark erotisches Stadium; dann wurde sie immer erregter, unrein, gewaltthätig, zerschlug, zerriss, hockte auf dem Boden herum. Eine vernünftige oder verständliche Antwort war nicht zu erhalten.

Nach der Versetzung 1901 gab sie zwar noch etwas unverständliche Antworten, war aber eine Zeit lang sehr fleissig und gab etwa einen Monat lang vernünftige Antworten in englischer Sprache. Bald kam jedoch wieder die alte Aufregung mit unsinnigen Reden, vorwiegender Unthätigkeit und schlechten Manieren.

Dieser Fall stellt uns die Frage, ob mit dieser Versetzung nicht mit dem Wecken aus der schweren Krankheitsstufe eine Erinnerung an die erste Krankheitszeit in England, eine kurze Rückversetzung ins früheste Stadium stattgefunden hat. Beweisen lässt es sich nicht mehr; aber unter meinem Material sind Fälle, wo die Versetzungsbesserung nicht darin besteht, dass die Kranken aus ihrem Traum geweckt werden und relativ normale Vorstellungsgebiete mit normalem Gedankenablauf bethätigen, sondern darin, dass eine kurze Wiederholung aus einem frühen Krankheitsstadium, das weniger schlimm war, eintritt; vielleicht ist die Aehnlichkeit des Versetzungsacts mit der ersten Internirung der Factor dieser Umschaltung und dadurch hervorgerufenen Besserung.

Der folgende Fall scheint mir dies besonders deutlich zu zeigen:

Marie Sg., geb. 1857, war ein gesundes Ladenmädchen, war 20 Jahre im gleichen Geschäft eine gute Angestellte. Sie hatte eine liederliche Schwester, die von der Mutter vorgezogen wurde, und musste die Familie und speciell einen arbeitsscheuen Bruder unterstützen. Mit 33 Jahren trat sie in ein Verhältniss mit einem jungen, tüchtigen Mann. Die Familie opponirte stark, weil sie die Einbusse der Unterstützung fürchtete. Es gab Auftritte, Pat. verfiel in starke Depression, wurde verschlossen, wollte nicht mehr arbeiten, nichts essen, jammerte, schlief nicht, hatte Selbstmordgedanken. Nach 3 Monaten kam sie ins Burghölzli, 1892.

Sie war dort zuerst ruhig, deprimirt, weinte, führte stille Selbstgespräche, hatte Versündigungsideen (was zu unserer Anschauung über deren Bedeutung passt). Dazu arbeitete sie fleissig.

Später kam eine bedeutende Verschlimmerung: Kratzen, Masturbiren, Selbstbeschädigen. Sie bekam damals noch ein Maillot. Nach 2 Jahren wurde sie anhaltend mutacistisch und unzugänglich. Vorübergehend konnte man sie doch noch zur Lingerie schicken, aber bald wurde sie gewaltthätig und blieb dauernd auf einer unruhigen Abtheilung. Sie sträubte sich und war gewaltthätig gegen alles, besonders beim Waschen. Eine Influenza brachte keine Remission. Sie stahl den andern das Essen, spuckte herum, beschädigte sich und zerriss. Statt ins Bett zu gehen, kauerte sie in einer Ecke am Boden. Sie war vollständig renitent und unzugänglich.

Im April 1902, 10 Jahre nach dem Beginn der Erkrankung, wurde sie nach Neu-Rheinau transferirt.

Sie zeigte sich gut orientirt wie alle transferirten Katatoniker, gab Bescheid, weinte und jammerte, äusserte Versündigungsideen, war zwar widerstrebend, arbeitete aber ordentlich.

Dieser Rückfall in die Anfangszeit der Krankheit, in die Zeit der Aufnahme ins Burghölzli, dauerte etwa 2—3 Monate; dann ging er rasch in den alten, völlig unzugänglichen, mutacistischen Zustand über und Pat. arbeitete gar nichts mehr, wie vorher.

Diese Krankengeschichte ist wohl in dem Sinne, in welchem ich sie verwerthen wollte, beweisend.

In mehreren Fällen wirkte die Versetzung ähnlich wie ein Besuch. Es giebt Katatoniker, die sich mitten aus ihrem katatonen Traum heraus bei Besuchen korrekt benehmen und vorübergehend geweckt werden. Ich finde in den Krankengeschichten eine Menge solche Notizen über vorübergehende Besuchsbesserungen. Mehrere der Versetzten benahmen sich nun ganz entsprechend, traten namentlich in freundschaftlichen Verkehr mit dem Arzt, den sie aus seinem früheren Aufenthalt in der Heilanstalt kannten, auch wenn sie in der Heilanstalt mit ihm geschimpft hatten. Da dieses Schimpfen ja oft gar nicht der beschimpften Person gilt, sondern derjenigen, welche sie im Wahnsystem des Kranken gerade verkörpert, so ist die Erscheinung erklärlich. Der Besuch oder das Wiedersehen gilt der wirklichen Persönlichkeit des Besuchers, nicht der Rolle, welche



die Person damals durch Verkennung im krankhaften Vorstellungscomplexe spielte. Da beide nebeneinander wahrgenommen wurden, ist dieser Wechsel möglich.

Ein gewaltthätiger, unflätig schimpfender, unthätiger alter Katatoniker, Robert L., der namentlich gegen die Aerzte, welche ihn nicht entlassen wollten, Wahnideen hatte und drohte, war bei der Versetzung zugänglicher und begrüsste den Arzt als Bekannten aus dem Burghölzli; die Besserung dauerte nur ein paar Tage; dann begann wieder das alte Schimpfen gegen den Arzt, der ihm keinen Schlüssel geben wolle.

Luise Z., geb. 1845, erkrankte 1896 beim Eintritt der Menopause plötzlich an Katatonie mit starker Erregung, Beten, Singen; sie hörte Stimmen, welche vor der Thüre um Essen flehten, hörte Leute mit Messern und Schlangen kommen, hatte Käfer oder einen Bandwurm im Leib, wurde am Kopf operirt und es wurden Schlangen herausgenommen. (Sexuelle Symbole?) Man stampfte und schlug um sie herum. Sie kam im Januar 1897 acut und schwer erregt ins Burghölzli. Im Mai 1897 wurde sie wegen Typhus ins Kantonsspital versetzt, kam nachher auf eine Abtheilung für Ruhige (Besserung durch intercurrente körperliche Krankheit). Es gab noch einige Zwischenfälle, die Hallucinationen stellten sich wieder ein, aber Pat. fuhr fort zu arbeiten. Im Nov. 1897 wurde sie entlassen, hörte zu Hause noch Stimmen und fürchtete imaginäre Hunde (wieder sexuelles Symbol). Nach zwei Jahren wurde es wieder schlimmer mit ihr; es sei ein Unglück im Haus; sie wollte mehrmals anzünden, verletzte sich mit Scheren und Messern, bohrte den Kopf in den Boden. Im Nov. 1899 wurde sie wieder ins Burghölzli gebracht. Zeitweise war sie ruhig, aber oft plötzlich impulsiv gewaltthätig. Im Herbst 1900 verlief sich dieser zweite Schub. Pat. war blöder und ruhiger, oft blöd agressiv, beschäftigte sich aber mit Wollzupfen.

Bei der Versetzung 1902, im secundären Stadium, war sie auf einmal freundlich und zugänglich und begrüsste namentlich den Arzt, den sie vom Burghölzli her kannte. Bald wurde sie wieder unzugänglich, machte etwa auch Fluchtversuche. Im Juni 1902 kam eine kurze stärkere Erregung, sonst ist Pat. gleichmässig blöde.

Heinrich Sp., geb. 1852, Schlosser, erkrankte 1895 an Delirium tremens; seither war er verändert, und zwar entwickelte sich eine Dementia praecox. Pat., der weiter trank, kam in seiner socialen Stellung und finanziell immer mehr zurück, wurde erregt, jähzornig, der Familie unnahbar, eifersüchtig, glaubte an Ehebruch der Frau, drohte ihr und den Kindern mit Mord, hörte sich durchs Telephon schimpfen, hielt sich compensatorisch für den socialen Rückgang, für enorm reich.

1897 kam er ins Burghölzli, war deprimirt, besonders zornig, reizbar, uneinsichtig, drängte fort. Trotz Alkoholabstinenz zeigte sich gar keine Besserung, er wurde agressiv, machte Scandal, war unzugänglich, wollte durchaus nicht arbeiten. Allmählich nahm die Gereiztheit um eine Spur ab.

1902 wurde er nach Neu-Rheinau transferirt; er war bei der Exploration zuerst gereizt. Als aber der Secundararzt kam, den er vom Burghölzli her wieder erkannte, wurde er freundlich und zugänglich, bis zum Moment, wo er zur Arbeit gehen sollte. Es wurden ihm nämlich beim Arbeiten Stimmen angehängt, und er bat zuerst freundlich, man möge einmal mit Stimmenmachen aufhören. Da man die Ursache nicht recht erkannte und ihn wieder zur Arbeit nehmen wollte, kam ein Umschlag in die frühere Verfassung; Pat. wurde unzugänglich und konnte nicht mehr zur Arbeit gebracht werden. Bei einem Besuch der Frau in der guten Zeit war er freundlich, bei den spätern nicht mehr. Er blieb unzugänglich. Im Frühjahr 1905 wollte man ihn mit sanfter Gewalt zur Arbeit bringen. Es ging keinen halben Tag. Als ihn im Mai ein alter Wärter aus dem Burghölzli besuchte, war er zu unserem Erstaunen ganz freundlich und unterhielt sich mit ihm, während er sonst ganz unzugänglich wegläuft. Er erzählte ihm auch vom letzten Arbeitsversuch. Er habe gutwillig angefangen, aber schon nach einer Viertelstunde haben ihn die Stimmen — an denen jedenfalls auch die Aerzte betheiligt sind — wieder ganz gemein beschimpft, sodass er die Arbeit aufgesteckt habe. Darum sei er erbost. Seither ist er im alten Zustand verharrt.*)

Damit haben wir die Gruppen mit Versetzungsbesserungen im strikten Sinne des Wortes durchgangen. Es giebt nun aber eine Menge Fälle von Katatonie resp. Dementia praecox, wo nicht unmittelbar nach der Versetzung, aber im Laufe der nächsten Jahre bemerkenswerthe Besserungen eingetreten sind; es sind viele Elemente darunter, auf die das psychologische Moment der Versetzung gar nicht wirkte, die weder geweckt wurden, noch die Versetzung im Sinne ihrer Ideen günstig verwertheten.

Dazu gehören einmal die Fälle, bei denen allmählich die Wahnideen abblassen, wo die Stereotypien sich bis zur völligen Unkenntlichkeit ihres Ursprungs verändern, abkürzen, zusammenschrumpfen; es ist ein Zufall, dass der Beginn dieses Stadiums mehr oder weniger mit der Versetzung zusammenfällt. Einige normale Complexe sind noch da und verwerthbar, aber viel weniger als z. B. nach Ablauf des ersten acuten Schubs.

Ich kannte einen alten Katatoniker Eichhz., der, schon jahrelang im secundären Stadium herumsitzend, immer noch Wahnideen über seine Abstammung hatte. Früher hatte er noch spontan geäussert, er stamme aus Russland, oder von einem afrikanischen Bauer; gerade diese Abstammungslehre gehörte zum Hauptbestand seines krankhaften Complexes und sollte bedeuten, dass er etwas besonderes sei (socialer Complex). In den letzten Jahren sprach

*) Seither bei einem Besuch von früheren Bekannten wieder einen Moment ganz aufgeräumt.



er nur noch davon, wenn man ihn direct darüber ausfragte, hing auch an der Behauptung mit sehr wenig Affect. Und als ich ihn vor mehr als einem Jahr wieder einmal darüber interpellirte, gab er richtig an, er sei im Züricher Oberland da und da geboren, die Eltern waren die richtigen, arme Bauersleute, und seine alten Ideen wollte er nicht mehr kennen.

Wir sehen alte Katatoniker, die ordentlich, ja gut arbeiten, kaum mehr Wahnideen äussern, aber noch ab und zu, mitten in der Arbeit oder eher nach Feierabend, einem alten, nicht mehr verständlichen motorischen Stereotypielein fröhnen müssen, rasch sich zu einem kleinen Tänzchen drehen, sich noch irgendwo ein bischen kratzen, in nur mehr rudimentärer Andeutung den Teufel zerstampfen und dergl. Auf den Ursprung, die Bedeutung, die Wandlungen und Atrophien der Stereotypien kann ich leider nicht weiter eingehen.

Dieses Abblassen, das durchaus dem meist viel rascheren Zurücktreten des acuten Schubes ähnlich ist, brauche ich kaum an Beispielen zu erläutern.

Einige Fälle, die noch während eines Schubes transferirt wurden, bei denen aber die Versetzung keinen Einfluss hatte, besserten in ähnlicher Weise durch spontanes Nachlasses des acuten Schubes.

Erwähnenswerth ist hier der Umstand, dass manche Stereotypien, die an bestimmte Orte gebunden waren — z. B. zerstampfte ein Kranker den Teufel im Burghölzli unter grossem Spectakel immer nur auf der gleichen Steinplatte —, mit in die neue Anstalt herübergenommen und an ein neues Plätzchen geknüpft werden.

In ähnlicher Weise hat eine alte paranoide Dementia praecox, die im acuten Stadium als arme Arbeiterin in schlechten Verhältnissen — wieder compensatorisch — meinte, der Fabrikherr wolle sie heirathen, sodass sie sich gut pflegen könne, dieses Verhältniss in der Anstalt auf den Director übertragen. Beim Directionswechsel 1898 blieb sie ihm noch kurze Zeit treu, dann liess sie ihn fahren und wollte die Frau des neuen Directors werden. Wenn er ihr tags erklärte, dass er keineswegs dazu geneigt sei, hörte sie ihn nachts sagen, sie möge nur zu ihm kommen, sie solle seine Frau werden. Sie wurde in Alt-Rheinau sehr lästig und regte sich oft auf; deshalb wurde sie nach Neu-Rheinau versetzt. Da schwankt nun schon das Verhältniss; sie benutzt zwar jede Gelegenheit, um nach Alt-Rheinau zu entwischen, und beim Director vorzusprechen, weiss aber schon nicht recht, ob nicht event. der Secundararzt mit seiner schönen Wohnung der richtige Candidat ist.

Das Hauptmotiv, psychopathologisch beim Ausbruch der Krankheit wohl begründet, zieht sich, dem Wechsel zum Trotz, durch die Zeiten und Verhältnisse durch, verliert dabei allerdings, wie gewöhnlich die „praecoxen" Wunschpsychosen, an der Einheitlichkeit.

Im Gegensatz zu diesem Verharren muss man doch beobachten, dass die Versetzung, auch ohne plötzliche und auffallende Besserung, doch das Abblassen begünstigt, was ich schon bei den „Methoden" unseres Experiments erwähnt und begründet habe. Als ich nach Rheinau kam, fiel mir auf, wie viel Kranke ohne deutliche Versetzungsbesserung doch leichter zu behandeln, eher zu Tisch zu bringen waren, dass sie weniger zerrissen, weniger lärmten u. dgl., ohne im Princip ihr Wesen geändert zu haben.

Neben dieser „Besserung durch Abblassen des Wahncomplexes" giebt es noch eine allmähliche, aber auch der Versetzung zuzuschreibende Besserung, in der neben der Versetzung die dabei eintretende Aenderung in der Behandlung wirksam wird. (Schluss folgt).

Cervantes.

Von Dr. *Béla Révész*, Assistenzarzt an der Irrenanstalt zu Békés-Gyula, Ungarn.

Vor mehreren Wochen feierte man in allen Gauen Deutschlands, ja in der ganzen gebildeten Welt Friedrich Schiller, den süssen Sänger der Freiheit und des Menschenthumes, den edlen Vorkämpfer alles Guten und Schönen.

Dieses wissenschaftliche Fachblatt ehrte sich selbst, indem es einem der grössten Söhne Germaniens eine Festnummer widmete, in welcher die Berührungspunkte seines Genius mit einer der ernstesten Wissenschaften, Schiller's Verhältniss zur Psychologie und Psychopathologie dargestellt war.

Es ist nur recht und billig an dieser Stelle auch eines anderen grossen Sohnes der Menschheit zu gedenken, der vor dreihundert Jahren der Litteratur aller Zeiten eine Perle von unsterblichem Werthe geschenkt hat. Es ist der „Sinnreiche Junker Don Quijote de la Mancha" von Miguel Cervantes de Saavedra. Hier kann nicht die Rede sein von



den litterarischen Verdiensten des grossen Spaniers, von seinem läuternden Einflusse auf die Dichter und Schriftsteller seines Vaterlandes, auf den Geschmack seiner Zeitgenossen und somit von der Richtung, welche seine Epigonen innerhalb und ausserhalb der iberischen Halbinsel einschlugen. In diesen, der strengen Wissenschaft geweihten Blättern möge nur der beiden Hauptfiguren des weltberühmten satyrischen Romanes und seines Einflusses auf die Massenpsychologie gedacht werden.

Niemand vor und niemand nach Cervantes hat die beiden Haupttendenzen der kämpfenden und strebenden Menschheit in solch verblüffend treuer Synthese wiedergegeben. Hier der gütige, edle, für alles Grosse sich begeisternde Ritter, der Schützer und Schirmer der Schwachen und Hilfsbedürftigen, der begeisterte Kämpfer, welcher einem Herakles gleich, die Menschen von bösen Wichten, Riesen, Zauberern, gewaltthätigen Tyrannen befreien will und im Grunde nichts Anderes als ein von den edelsten, moralischsten Wahnideen getriebener Paranoiker ist — dort sein getreuer Schildknappe Sancho Panza, dieses Prototyp des dummdreisten Landmannes aller Länder, der seine Zeit procul negotiis, in beschaulicher Ruhe verbringen will, ohne zu arbeiten, ohne sich anzustrengen, ohne sich um das Wohl und Wehe seiner Mitmenschen zu bekümmern, nur bedacht, seinen Wanst zu füllen und, halb überzeugt von der Bedeutung seines Herren, halb pfiffig auf seine eigenen Aussichten bedacht, Alles thut und lässt, was ihm der Ritter von der traurigen Gestalt gebeut, also einer jener unschädlichen Imbecillen, wie sie die grossen Volksmassen ihrer Mehrheit nach enthalten.

Diese beiden Hauptströmungen in der kämpfenden Menschheit, den himmelstrebenden, ehrlichen Volksbeglücker und den an seiner Scholle klebenden, tête à terre kriechenden Heloten hat nun Cervantes in naiver Sprache, aber in meisterhafter Treue in seinem wunderbaren Romane geschildert. Diese Meisterschaft offenbart sich um so mehr, als der geniale Spanier in seinen beiden Haupthelden zwei Typen der Menschheit ganz spontan, aus ureigenster Intuition, wahrscheinlich ohne es selbst zu wissen, concentrirt hat. Das Genie, sagt Meynert, ist der Sinn für das Wesentliche. Nun, dieses Wesentliche ist in Cervantes so sehr ausgebildet, dass er unstreitig als Erster in der Auffassung des Wesentlichen, demnach der Genialsten einer gelten kann.

Also noch zweihundert Jahre vor dem Auftreten der Väter der modernen Psychiatrie, Pinel und Esquirol, erkannte Cervantes die zwei pathologischen Hauptströmungen, das „zu viel" und das „zu wenig" der Menschheit. Die sogenannten „Grenzgebiete" zwischen normalem und krankem Seelenleben sind ein moderner Begriff, aber der geistreiche spanische Novellist erkannte schon vor drei Jahrhunderten jene breiten Gelände, die sich zwischen der gesunden und kranken Seelendisposition befinden.

Aber auch in völkerpsychologischer Beziehung war Miguel Cervantes ein glänzendes Beispiel dessen, was die wohlthätige Suggestion vermag, wenn sie von einem wirklichen Genie von Apollos Gnaden ausstrahlt. Die spanische Litteratur (aber auch die italienische und theilweise die französische) war bis zum Jahre 1605, dem Geburtsjahre des „Don Quijote" in arger Versumpfung. Ritterromane ohne Saft und Kraft, abenteuerliche Novellen ohne realen Hintergrund, fade Erzählungen von geraubten Edelfräulein und sie befreienden Rittern — dies war das ganze Um und Auf der erzählenden Litteratur. Da erscheint Cervantes mit seinem Ritter von der traurigen Gestalt. Wie auf einen Zauberschlag verschwinden die langweiligen Rittergeschichten. 1605 im Jahre des Erscheinens des Cervantes'schen Romanes wagen nur noch etwa zwei bis drei Novellen alten Schlages um die Gunst des Publikums zu buhlen; aber der Zauber war gebrochen, fortan konnten nur Werke edleren Strebens und mit realerem Inhalt Bürgerrecht erringen.

Das Gesetz der Evolution, des langsamen Fortschrittes zum Höheren herrscht nicht nur auf dem Gebiete des organischen Lebens, auch die geistigen Offenbarungen sind diesem Gesetze unterworfen. Cervantes, der Soldat, der Abenteurer und spätere Steuerbeamte, scheint in seinem Genie einen Zauberstab besessen zu haben, mit Hilfe dessen er, die langsame Evolution spöttisch belächelnd, mit einem Schlage seinen Zeitgenossen eine gesündere, dem realen Sein mehr entsprechende Richtung eröffnet hat — vielleicht das einzige Beispiel einer ins Grossartige gehenden und, was noch wunderbarer ist, plötzlich und auf enorme Volksmassen wirkenden wohlthätigen Suggestion.

Neuronal.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*, Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz, Schlesien.

Das von G. Fuchs (Biebrich) und E. Schultze (Greifswald) entdeckte Neuronal wurde hier in etwas über 50 Dosen verabreicht. Für die Prüfung seiner schlafmachenden Wirkung wurde davon ausgegangen, dass es besser sei, das Mittel am Tage zu geben, um den Einfluss des natürlichen Schlafes auszuschalten. Demzufolge wurde auch darauf Bedacht genommen, dass dem Versuchstag keine schlaflose Nacht voraufgegangen war, also auch ein etwa nachträglich eingetretener natürlicher Schlaf nicht in Rechnung zu kommen brauchte. Am Tage lässt sich die Beobachtung der Wirkung besser ausführen. Bei den nachstehenden Resultaten ist dies Alles zu berücksichtigen. Da ein Schlafmittel keinen natürlichen Schlaf, sondern nur einen schlafähnlichen Zustand erzeugt, so scheint überhaupt für seine Prüfung die Tageszeit geeigneter als die Nachtzeit. Die Kranken, welchen das Neuronal verabreicht wurde, waren zum grössten Theil chronisch-unruhige, denen ein mehrstündiger Schlaf, auch am Tage, von Nutzen sein konnte; nur einige waren ruhige und urtheilsfähige Kranke, die sich erboten hatten, sich der Neuronalwirkung zu unterstellen.

Kranke der letzteren Art gaben ca. 30 Minuten nach dem Einnehmen von 1,0 Neuronal an, es drehe sich ihnen im Kopfe herum als seien sie betrunken, und fühlten sich gleichzeitig müde und schläfrig. Unangenehm wurde dieser Zustand jedoch nicht empfunden, auch andere subjektive Beschwerden fehlten. Die eine dieser Kranken (epileptisch), welche um 10^{5} vormittags 1,0 Neuronal eingenommen, wurde um 10^{45} müde, schlief von 11—12, wurde durch Geräusch in der Umgebung wach, schlief um 12^{15} weiter bis 1^{30}. In der kurzen Pause, während sie wach war, nahm sie Nahrung zu sich. Nachmittags fühlte sie sich etwas duslich, setzte aber ihre Näharbeit in gewohnter Weise fort. Eine zweite (paranoisch) verspürte nach 1,0 Neuronal nur Müdigkeit, Schläfrigkeit, leichte Trunkenheit, fiel aber nicht in Schlaf; dieser trat auch dann nicht ein, als sie fünf Tage später 2,0 Neuronal erhalten, die Schläfrigkeit war jedoch sehr erheblich. Vier Tage später nahm sie um 10^{45} vormittags 3,0 Neuronal, gegen 11^{30} fühlte sie leichte Trunkenheit, um 12 begann sie, nachdem sie noch ihre Mahlzeit gegessen, trotz Widerstrebens einzuschlafen und schlief bis 4^{45}; nachher lag sie noch bis 7 Uhr schlaftrunken den Nacht nach eigener Schilderung wie todt; ihr Schlaf ist sonst oft durch Sensationen beeinträchtigt. zu Bett. Ass ihr Abendbrot und schlief in der folgen-
Eine dritte (epileptisch), welche um 10^{12} vormittags 1,0 Neuronal genommen hatte, fühlte 10^{30} Trunkenheit, Schwere des Kopfes, schlief von 10^{50} bis 12^{15}, wachte durch Geräusch auf, schlief aber bald weiter bis 2^{15}. Nachher strickte sie, fühlte sich aber noch müde. Auch sie gab an, in der darauffolgenden Nacht fester als sonst geschlafen und nicht geträumt zu haben. Eine vierte (schwachsinnig) nahm 11^{25} vorm. 2,0 Neuronal, fühlte sich um 11^{45} betrunken, ass Mittagbrot und schlief von 1^{10} bis 2^{35}; keine Nachwirkungen. 2 Tage später nahm sie um 11^{15} vorm. 3,0 Neuronal, wurde bald müde, schlief von 11^{55} bis 12^{45}, wachte auf, verlangte Wasser und trank, und schlief weiter von 1 bis 3^{19}; klagte hierauf über Uebelkeit. Sie lag noch weiter schläfrig zu Bett und klagte über leichten Kopfschmerz.

Bei der anderen Kategorie wurden folgende Erfahrungen gesammelt:

1. Dementia präcox; unruhig. 10^{25} vorm. 1,0 Neuronal. 10^{45} Schläfrigkeit. Schlaf von 12 bis 4 Uhr trotz unruhiger Umgebung. Keine Beschwerden.

2. Dieselbe, acht Tage später. 11^{45} vorm. 1,0 Neuronal; schlief von 1^{45} bis 5^{45}; bis zum Einschlafen sehr müde und schläfrig. Nachts darauf schlief sie nicht.

3. Epileptische, etwas unruhig. Vorm. 10^{30} 0,75 Neuronal. Keine Müdigkeit, kein Schlaf.

4. Dieselbe, 6 Tage später. 11^{40} vorm. 2,0 Neuronal. 11^{15} müde. Schlaf von 11^{20} bis 1^{40}, ass Mittagbrot, schlief weiter von 2^{15} bis 6^{30} abends, Schlaf nachts gut.

5. Manie. Vorm. 10^{35} 0,75 Neuronal. Ohne Wirkung.

6. Epileptische, gereizt. 10^{55} 0,75 Neuronal. Schlief von 2 bis 3; Müdigkeit nach dem Einnehmen des Mittels wurde nicht bemerkt.

7. Epileptische; leicht unruhig. 11^{05} vorm. 1,0 Neuronal, 11^{30} schläfrig; 11^{50} schlief sie ein; 12^{15} durch Unruhe in der Umgebung aufgeweckt, ass sie mit Appetit; legte sich wieder hin und schlief von 12^{45} bis 2^{30}; nachher noch längere Zeit schläfrig.

8. Dieselbe, 6 Tage später. 11^{15} vorm. 2,0 Neuronal; 11^{50} Müdigkeit; ass zu Mittag, ging 12^{30} zu Bett, erschien den ganzen Nachmittag müde, schlief aber erst 7^{40} ein und bis früh 5^{30}.

(Fortsetzung folgt.)

Mittheilungen.

— **Siebente Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen.** Die diesjährige Tagung des Vereins in Bremen ist für Freitag, den 20. Oktober in Aussicht genommen und wurde nachfolgendes Programm aufgestellt: Donnerstag, 19. Oktober: Abends zwanglose Zusammenkunft in Bremen. Freitag, 20. Oktober: Vormittags 9 Uhr Wagenfahrt nach dem St. Jürgenasyl in Ellen über Horn (Besichtigung der Idiotenanstalt). 10 1/2 Uhr: Sitzung im St. Jürgenasyl in Ellen. Daran anschliessend Besichtigung der neuen Anstalt. 3 Uhr: Rückfahrt nach Bremen über Sebaldsbrück (Besichtigung der allgemeinen Krankenanstalt in Bremen). 5 Uhr: Gemeinschaftliches Mittagessen in Bremen. Vorträge sind spätestens bis 20. September an die Adresse von Herrn Oberarzt Dr. Bolte in Ellen bei Hemelingen anzumelden.

— **Halle.** Zu Ehren des auf so schreckliche Weise ums Leben gekommenen Directors der Kgl. Universitäts-, psychiatrischen und Nervenklinik, Geh. Medicinalrath Prof. Dr. Wernicke, fand am 8. Juli vormittags in dem ehemals von ihm geleiteten Institut eine von der medicinischen Facultät, zusammen mit der Kgl. Nervenklinik veranstaltete Gedächtnissfeier statt. Zu dieser hatten sich die Familie des Verstorbenen, Verwandte, zahlreiche Freunde, Verehrer, Kollegen und ehemalige Schüler eingefunden. Der Saal war durch Blumenarrangements und Traueremblemе geschmückt, das Bild des Verblichenen, geschmückt mit den Farben der alten Breslauer Burschenschaft, der er angehörte, war im Saale aufgestellt. Gesang des Stadtsingechors leitete die Feier ein.

Ansprachen hielten der Dekan der medicinischen Facultät in Halle, Geheimrath Professor Dr. Schmidt-Rimpler, Prof. Dr. Ziehen aus Berlin, der Dekan der medicinischen Facultät der Universität Breslau, Geheimrath Prof. Dr. Ponfick, als früherer Schüler Wernickes Prof. Dr. Liepmann aus Pankow, der Kandidat der Medicin Jacob-Halle und der Oberarzt der Nervenklinik, Dr. Knapp. Gesang des Stadtsingechors beendete die eindrucksvolle Feier.

— **Bonn.** Dr. Leopold Besser, der frühere Besitzer der Irrenanstalt in Pützchen, beging am 12. d. Mts. in grosser Rüstigkeit sein 60jähriges Doktor-Jubiläum. Wir bringen dem hochverehrten Jubilar nachträglich unsere besten Glückwünsche dar.

— **XXX. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 27. und 28. Mai 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg i. B.). Anwesend 135 Mitglieder. (Fortsetzung.)

Discussion zum Ref. von R. Wollenberg-Tübingen:

Professor Erb (Heidelberg) ist im Ganzen einverstanden mit den Schlussfolgerungen, welche der Herr Referent über die nosologische Stellung der Hypochondrie entwickelt hat; er erkennt jedoch in den klaren und interessanten Auseinandersetzungen desselben aufs Neue die grossen Schwierigkeiten, welche sich der Definition und schärferen Abgrenzung der klinischen Zustandsbilder und Krankheitsformen auf psychiatrischem Gebiet allenthalben — und nicht am wenigsten gerade bei der Hypochondrie — entgegenstellen. —

Von bemerkenswerthem Interesse erscheint ihm der grosse Wechsel in den Anschauungen, welcher sich in den letzten Jahrzehnten vollzog: vor 30 Jahren ging die damals noch neue „Neurasthenie" (Beard) gänzlich in der „Hypochondrie" auf; der ältere Westphal wies sie mit Entrüstung zurück und wollte gar nichts von ihr wissen, während E. schon frühzeitig die Richtigkeit der Beard'schen Aufstellung anerkannte und in seiner grossen neurologischen Praxis bestätigt fand; heute ist man, wenigstens von manchen Seiten, nahe daran, die Hypochondrie in der Neurasthenie aufgehen zu lassen, sie nur als eine Theilerscheinung derselben, als eine zu ihr gehörige Symptomengruppe anzusehen (abgesehen von einigen rein psychiatrischen Formen der Hypochondrie, der hypochondrischen Paranoia u. dergl.).

E. kann darauf nicht näher eingehen, sondern gestattet sich nur einige Bemerkungen über die Auffassung der Neurasthenie, um Protest zu erheben gegen die an manchen Stellen immer deutlicher hervortretende Anschauung, welche die Neurasthenie als eine Art der psychischen Erkrankung, als eine „Psychoneurose" betrachten möchte. Unter Hinweis auf die cardialen, vasomotorischen, gastrischen, spinalen Neurasthenien u. a. glaubt er aussprechen zu dürfen, dass diese Formen doch ganz gewiss keine „psychische Erkrankung" darstellen. Psychische Symptome und Störungen und speciell hypochondrische Erscheinungen fehlen ja dabei in vielen Fällen durchaus nicht, besonders wären dahin die zahlreichen Angstzustände (neurasthenische „Phobien") zu rechnen und unter diese kann auch wohl, wie ja bereits geschehen, auch die Hypochondrie als eine besondere Form, als „Nosophobie" eingerechnet werden; aber das nimmt der Neurasthenie nichts von ihrer Selbständigkeit.

Dasselbe Symptomenbild kommt doch auch bei zahllosen anderen Erkrankungen (des Darmes, des Herzens, der Nieren, des Rückenmarks u. s. w.) vor und erlangt nur in einer gewissen Reihe von Fällen eine grössere oder selbst vollständige Selbständigkeit, und ist dann als eine rein psychische Erkrankung aufzufassen.

Jedenfalls erscheint es E. nicht gerechtfertigt, die Neurasthenie, in deren Symptomenbild neben anderen psychischen Anomalien auch die Hypochondrie eine hervorragende Rolle spielen kann, in ihrer jetzt allgemein anerkannten Selbständigkeit fallen zu lassen.

Edinger (Frankfurt): Wir wissen, dass durch Herde im Gehirn Schmerzen nach aussen projicirt werden können; das ist klinisch und ana-



tomisch nachgewiesen. Da dürfte es sich wohl verlohnen, in Zukunft bei der Beobachtung organischer Herdläsionen darauf zu achten, ob nicht in das eine oder andere Organ Schmerzen projicirt werden. Es ist leicht möglich, dass manche Formen gewissermaassen lokalisirter Hypochondrie auf Herde zurückgeführt werden könnten; mit solchem Nachweis wäre gewiss viel gewonnen.

Fürstner (Strassburg) glaubt nicht, dass es viele Leute giebt, welche die Neurasthenie grundsätzlich als Psychose ansehen; wohl aber ist er auf Grund vielfacher Erfahrungen zu der Ueberzeugung gekommen, dass die psychischen Symptome, welche bei der Neurasthenie vorkommen, oft übersehen und noch häufiger in ihrer Bedeutung unterschätzt werden; die richtige Bewerthung der psychischen Symptome sei von grösster praktischer Bedeutung, sowohl für die prognostische Beurtheilung als für die Therapie. Bezüglich der Hypochondrie betont Fürstner, dass es nothwendig sei, von der symptomatischen hypochondrischen Verstimmung scharf zu unterscheiden die angeborene, constitutionelle, hypochondrische Verstimmung, die im späteren Leben zu einer hypochondrischen Paranoia sich ausgestalte; für diese Form der Erkrankung sei unbedingt der Begriff Hypochondrie als selbständige Psychose aufrecht zu erhalten.

Prof. Erb erkennt die Berechtigung der von dem Vorredner gemachten Ausführungen vollkommen an; er glaubt ebenfalls, dass in der Praxis die bei der Neurasthenie auftretenden psychischen Störungen vielfach übersehen und nicht genügend gewürdigt werden, vielmehr, dass ausserordentlich häufig unzweifelhaft genuine psychische Erkrankungen irrthümlich oder absichtlich unter den unverfänglichen Sammelbegriff der „Neurasthenie" untergebracht werden. Er wollte nur darauf hinweisen, dass die Neurasthenie eine wohlbegründete selbständige Krankheitsform ist, bei welcher keineswegs immer psychopathische Symptome vorhanden sein müssen und welche man jedenfalls nicht einfach unter die „Psychoneurosen" einreihen darf.

8. Dr. R. Friedländer (Wiesbaden): Ueber Störungen der Gelenk-Sensibilität bei Tabes dorsalis.

Vortr. berichtet über Untersuchung der Bewegungsempfindung an den unteren Extremitäten bei 27 atactischen Tabikern. Die primäre Störung betrifft die Lageempfindung, die Bewegungsempfindung als solche wird erst später beeinträchtigt. Die ersten Anomalien zeigen sich stets in den Zehen-Gelenken; je schwerer der Grad der Ataxie, desto mehr Gelenke proximalwärts sind an der Störung betheiligt, bei leichter Ataxie bleiben Knie und Hüftgelenke in der Mehrzahl der Fälle frei, bei schwerer Ataxie ist die Bewegungsempfindung in der Regel in sämmtlichen Gelenken herabgesetzt. Sind mehrere Gelenke einer Extremität afficirt, dann findet sich — besonders in leichteren Fällen — fast immer proximalwärts allmähliche Abnahme der Störung der Bewegungsempfindung von einem Gelenk zum andern. Ist ein Gelenk normal, dann ist es auch in der Regel das nächst höhere. Der Grad der Störung der Bewegungsempfindung entspricht durchaus nicht immer dem Grade der Ataxie, wenn auch relativ an dem stärker atactischen Bein gegenüber dem weniger atactischen meist intensivere Störungen zu constatiren sind. Das Missverhältniss zwischen Grad der Ataxie und Störung der Bewegungsempfindung ist in einzelnen Fällen besonders auffallend in Bezug auf statistische Angaben. Zur Erklärung dieser Incongruenz dienen in erster Reihe individuelle Unterschiede bezüglich der Reaction auf sensible Reize, sowie der motorischen Einübung und Geschicklichkeit, dann das Verhalten der Hautsensibilität und besonders der Muskeltonus. Nicht nur die Störungen der bewussten Sensibilität, sondern auch der Ausfall unbewusster, subcorticaler sensibler Merkmale scheint für die Entstehung der Ataxie von Bedeutung zu sein.

9. Dr. Siegmund Auerbach (Frankfurt a. M.): Ueber einen mit Erfolg exstirpirten Tumor des Cervicalmarkes.

Vortragender demonstrirt das durch die Operation gewonnene Präparat (6 cm langes Fibrosarcom). Die Pat. selbst ist bereits von Dr. Brodnitz auf dem diesjährigen Chirurgen-Congress kurz vorgestellt worden. Der Tumor, der von den Arachnoidealscheiden der hinteren rechtsseitigen Wurzeln des mittleren Cervicalmarkes ausgegangen war, comprimirte das ganze Halsmark von rechts, hinten und links her, vom Foramen magnum bis zum 1. Dorsalsegment. Er ist der grösste bisher beobachtete extramedulläre, intradurale des Rückenmarks überhaupt, sicherlich aber des Cervicalabschnittes; jedenfalls ist ein so ausgedehnter bisher noch nicht exstirpirt worden.

Der klinische Verlauf wird kurz skizzirt. Die Differentialdiagnose gegenüber der Pachymeningitis hypertrophica, der Syringomyelie, der Lues spinalis und ganz besonders gegenüber der Caries der Halswirbel wird ausführlich erörtert. Alsdann wird der muthmaassliche Sitz, ob vertebral, intramedullär oder meningeal eingehend besprochen, ebenso die Niveaudiagnose.

Weiterhin wird das erhebliche Ueberwiegen der motorischen und muskeltrophischen Symptome über die sensibelen Ausfallserscheinungen, die nur ganz vorübergehend und in geringer Ausdehnung nachzuweisen waren, durch die speciellen topographischen Verhältnisse zwischen Tumor und Medulla erklärt. Hierauf wird kurz der postoperative Verlauf in neurologischer Beziehung besprochen und hervorgehoben, dass bereits jetzt (6 Monate nach der Operation) eine fast völlige Heilung eingetreten ist. Nur die oculo-pupillären Symptome, der sogenannte Horner'sche Symptomencomplex sind nicht zurückgegangen. A. sucht diese Thatsache zu erklären und betont, dass sein Erklärungsversuch mit den experimentellen Ergebnissen Langley's gut zu vereinbaren ist.

Die Lehren, die er aus seinen Beobachtungen gezogen hat, fasst Vortr. in folgenden Sätzen zusammen:



Bei Erscheinungen von Rückenmarkscompression denke man stets namentlich dann, wenn eine Geschwulst im Niveau des Halsmarkes in Frage kommt, auch an die Möglichkeit, dass die dem Tumor gegenüberliegende Seite der Medulla bedeutend mehr (oder auch allein) geschädigt sein kann, als die ihm direct anliegende.

Die Regel, dass intradurale Tumoren meistens klein, extradurale am häufigsten gross sind, hat ihre Ausnahmen.

Die durch Druck auf das Centrum ciliospinale erzeugten oculopupillären Symptome können trotz des Rückganges aller übrigen Lähmungserscheinungen bestehen bleiben.

Die Differentialdiagnose zwischen Wirbelcaries und Tumor des Cervicalmarkes ist in manchen Fällen trotz eingehender Berücksichtigung aller bekannten diagnostischen Momente nicht mit absoluter Sicherheit zu stellen. Insbesondere lasse man sich durch das Ueberwiegen der motorischen und muskeltrophischen Störungen über die sensibelen nicht von der Annahme einer Geschwulst abhalten. Sind die Zweifel nicht zu zerstreuen, so soll man dem Kranken unter offener Erklärung der Sachlage, der Aussichtslosigkeit seines Leidens einerseits, der nach neueren Beobachtungen nicht allzu grossen Gefahren der Operation als einziger Rettungschance andererseits, eher zu dem chirurgischen Eingriff zurathen. (Autoreferat.)

Die Arbeit wird ausführlich in den „Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie" veröffentlicht werden.

10. Dr. Spielmeyer (Freiburg): Ueber familiäre amaurotische Idiotieen.

Unter den Fällen familiärer Idiotie, die sich mit Amaurose compliciren, ist die Sachs'sche Krankheit — die „familiäre amaurotische Idiotie" κατ' ἐξοχήν — gut abgegrenzt. Durch die constante Verbindung ihrer beiden Hauptsymptome, der unter allgemeinen Lähmungserscheinungen rasch fortschreitenden Verblödung und der characteristischen Maculaveränderungen, ist sie ausgezeichnet vor jenen Fällen, in denen idiotische Geschwister gleichzeitig auch amaurotisch sind (manche Mikrocephalien mit schweren Entwicklungshemmungen am Auge, vereinzelte familiär auftretende Verblödungsfälle verbunden mit Chorioiditis oder Sehnervenatrophie). In solchen Fällen hat die Blindheit nur die Bedeutung eines Begleitsymptomes.

In die Reihe dieser letzten Erkrankungen, vielleicht aber auch zu einer selbständigen Form familiärer amaurotischer Verblödung, gehört eine eigene Beobachtung des Vortragenden: eine erworbene Idiotie, die zusammen mit Erblindung bei vier Geschwistern in ganz gleicher Weise verlief. Nur das älteste Kind dieser Familie blieb gesund. Nach dessen Geburt luetische Infection (?) des Vaters. Beginn der Erkrankung bei allen vier Kindern zur Zeit der zweiten Dentition. Stets die gleiche Trias der Symptome: epileptische Anfälle, rasche Verblödung und schnell fortschreitende Erblindung (Retinitis pigmentosa). Einige nebensächliche Differenzen im Krankheitsbilde bei dem jüngsten Kinde (epilept. Anfälle nur im Beginne der Erkrankung, Erregungszustände, transcortical aphasische Störungen). — Keine Erscheinungen, die auf eine herdförmige oder systemartige centrale Laesion oder auf eine infantile Paralyse zu beziehen gewesen wären.

Die in einem Falle vorgenommene anatomische Untersuchung ergab eine diffuse Erkrankung des centralen Nervensystems, die am ausgesprochensten in der Rinde ist und deren wesentlichstes Characteristicum eine eigenartige Zellerkrankung (Ablagerung eines körnigen, oft pigmenthaltigen Stoffes, Aufblähung der Zellen) ist.

Auf eine Besprechung des anatomischen Befundes wird der Kürze der Zeit wegen verzichtet; Vortr. legt einige Abbildungen vor, die die wesentlichsten Veränderungen der Nissl-Schollen, der Fibrillen, der Gliazellen und Gliafasern illustriren sollen. Vortr. weist nur kurz darauf hin, dass dem eigenartigen klinischen Bilde ein scharf gekennzeichnetes anatomisches Substrat entspricht, das von den bisher bekannten Rindenbildern abweicht.

In einer ausführlichen Publication sollen die klinische Stellung dieser Fälle und vor allem die pathologischen Veränderungen besprochen werden.

(Eigenbericht.)

Privatdocent Dr. Stock (Freiburg) hat bei drei der erwähnten Kinder die ophthalmoscopische Untersuchung machen können, bei zweien bestand Retinitis pigmentosa, bei dem dritten Retinitis pigmentosa sine pigmento.

Prof. Karl Schaffer (Budapest): Zur Pathohistologie der Sachs'schen amaurotischen Idiotie.

Vortragender resumirt vor Allem seine in den Nr. 9 und 10 des Neurol. Centralblattes a. c. veröffentlichten Resultate bezüglich der Pathohistologie der amaurotischen Idiotie. Diese sind folgende: 1. Schwellung des Nervenzellkörpers in toto. 2. Partielle Schwellung des Zellkörpers sowie der Hauptdendriten, wodurch das Bild der sog. cystischen Degeneration entsteht. 3. An den gedunsenen Stellen des Zellkörpers sowie der Dendriten erscheinen die Neurofibrillen wie auseinandergedrängt, später hat es den Anschein, als würden dieselben sich fragmentiren und durch Uebereinanderlagerung zur Entstehung eines Scheinreticulums im Zellkörper Veranlassung geben. Im vorgeschrittensten Stadium ist der Zellkörper mit einer Detritusmasse erfüllt. 4. Nebstbei ist consecutive Gliahyperplasie zu bemerken; Gliazellen sind in Nester förmlich herdweise anzutreffen. 5. Blutgefässe normal; keine Spur von einer Entzündung.

Vortragender konnte durch einen in letzter Zeit untersuchten Fall seine obigen Resultate erweitern und durch eine Analyse mittels Zeiss'schen Apochromaten und Compensationsoculare in gewisser Be-



ziehung rectificiren. Er fand nämlich, dass die nur incipient veränderten Nervenzellen des Centralnervensystems (Hirnrinde, Hirnstamm, Rückenmark) ein deutlich entwickeltes Golginetz aufweisen, welches zwar überwiegend aus polygonalen oder rundlichen Lücken besteht, doch regionär auch länglich gestreift, quasi fibrillär gebaut sein kann. An Calotteschnitten von Nervenzellen sieht man ganz deutlich, dass das oberflächliche Gitter oder Golginetz der Nervenzellen mit einem inneren, den Zellkörper durchsetzenden Maschenwerk, Reticulum zusammenhängt, wodurch das Protoplasma der Nervenzelle reticulär gebaut erscheint. Die bei der amaurotischen Idiotie erkennbaren Veränderungen erweisen sich in erster Linie als eine Schwellung der Interfibrillärsubstanz, welche das Maschenwerk zum Aufdunsen bringt; auf diese Weise entstehen die pathologisch-vergrösserten Lücken, wobei die Knotenpunkte des Reticulums auch anschwellen. Später verschwinden die verbindenden Fäden der Knotenpunkte und es bleiben die mehrzackigen Knotenpunkte als Körnchen zurück. In diesem Stadium erscheint der Zellkörper mit Granulis bestäubt zu sein. Zu dieser Zeit pflegt auch der Zellkern sich zu verändern; anfangs tingirt er sich tiefer, später schrumpft er und wird zackig. Ein characteristisches Verhalten weist das Golginetz auf; dieses wird erst ganz spät ergriffen, zu einer Zeit wo das Innenreticulum bereits ganz zerfallen ist.

Hochinteressant ist der Vergleich der Fibrillenbilder (Bielschowsky) mit den Nisslbildern. Während nämlich letztere durchwegs eine hochgradige Chromolyse zeigen, also mit Nissls Färbung überall ein vorgeschrittener Zerfall der chromophilen Elemente nachzuweisen ist: so ist mit der Fibrillenfärbung noch an mehreren Nervenzellen eine nur incipiente Alteration zu erkennen. Hieraus dürfte gefolgert werden, dass die Nisslsubstanz empfindlicher ist als die fibrilläre resp. reticuläre Substanz der Nervenzellen; somit wäre jene auffallende Thatsache erklärt, dass Nervenzellen mit hochgradiger Tigrolyse in ihrer Function noch keine grobe Störung aufweisen. Vortragender hebt die interessante Thatsache hervor, dass an tigrolytischen Nervenzellen der Hirnrinde und des Rückenmarks mit basischen Anilinfarben reticulirte Structuren zu finden sind, welche dem Cajalschen Spongioplasma oder chromatinfreien Gebälk entsprechen.

Aeusserst bemerkenswerth ist die Ausdehnung des krankhaften Prozesses. Das gesammte Centralnervensystem ist überall ergriffen; es giebt keine Nervenzellgruppe, welche verschont wäre. Speciell weist Vortragender darauf hin, dass der Sehnerv in seinen Fällen, an der Zahl 7, weder mit der Fibrillenfärbung noch mit der Markscheidentinction eine Veränderung zeigte, daher ist die Erblindung in den Fällen von Sachs'scher Idiotie allein durch centrale Veränderungen zu erklären. Thatsächlich zeigt die Calcarinagegend die höchstgradigen Nerven-Zellveränderungen.

Vortragender weist mit Markscheidenfärbung behandelte Frontal- und Horizontalschnitte ganzer Hemisphären vor, an welchen folgendes zu sehen ist. Ausser der auffallenden Markarmuth der Hirnrinde, welche am beträchtlichsten im Frontallappen sowie im Temporallappen ist, erscheint in der Rindensubstanz ein makroskopisch sichtbarer graulicher Streifen, welcher dem Baillargerschen Streifen ähnlich, die Rinde sämmtlicher Lappen — mit der Oberfläche parallel verlaufend — durchzieht. Dieser eigenartige Streif lässt sich an allen Schnitten nachweisen. Mikroskopisch betrachtet entpuppt sich diese stria transversalis als aus kleinen Körnchen zusammengesetzt, welche ihrerseits so die Lage wie die Form von Nervenzellen nachahmen. Bei genauer Untersuchung stellte es sich heraus, dass die Zerfallskörnchen des Zellkörpers der Nervenzellen mit Hämatolysin (Weigert) sich bläulich färben, und so sieht man z. B. typische Pyramiden, welche aus solchen bläulichen Körnchen zusammengesetzt werden. Controll-Fibrillenpräparate ergeben daselbst erkrankte Nervenzellen. Somit haben wir in der Weigert'schen Markscheidefärbung ein bequemes Mittel, um die Ausdehnung des krankhaften Prozesses der Grosshirnrinde klar zu verfolgen, was natürlich am besten an Totalschnitten der Hemisphäre geschieht. An Weigert-Präparaten ist die Pyramide immer typisch entartet.

Schliesslich betont Vortragender, dass die Schwellung der Nervenzellen daraufhin deutet, dass das Primäre der Zellveränderungen in der Interfibrillärsubstanz zu suchen sei; in dieser beginnt der Prozess, wobei die fibrilläre Substanz noch keine evidentere Veränderung aufweist. (Eigenbericht.)

(Fortsetzung folgt.)

Berichtigung:

In unserer vorigen Nummer ist auf Seite 164 unten leider ein bedauerlicher Druckfehler unterlaufen, insofern es sich nicht um die Leihbibliothek Brie, sondern um **die streng wissenschaftliche eigene Bibliothek** des verstorbenen **Dr. Brie** handelt, wovon unsere Leser gefl. Notiz nehmen wollen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 18. 29. Juli. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Neuronal.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*, Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz, Schlesien.

(Schluss.)

9. Epileptische, unruhig. 11^{15} 1,0 Neuronal. 11^{40} Müdigkeit, Schlaf von 12^{15} bis 12^{30}; wurde durch lautes Geräusch in der Umgebung aufgeweckt; ass zu Mittag, schlief von 1^{10} bis 2^{30} (wo sie von selbst erwachte), von 3 bis 4^{15}, (wurde durch Geräusch geweckt) und von 6 bis nächsten Morgen.

10. Dieselbe, 7 Tage später. 10^{25} vorm. 1,5 Neuronal. 10^{50} Müdigkeit. Schlaf von 11^{10} bis 1^{15}, wo sie durch Geräusch aufgeweckt wurde; schlief weiter von 2 bis 3^{45}, und von 4^{20} bis 6^{15}; ass dann das Abendbrot und schlief von 7 Uhr bis nächsten Morgen.

11. Epileptisch, unruhig. 9^{25} vorm. 1,0 Neuronal. 10^{15} Müdigkeit. Schlaf von 11^{10} bis 12^{10}; wurde durch Geräusch erweckt; ass Mittagbrot. Nachmittags schlief sie nicht weiter, war erregt.

12. Dieselbe, 6 Tage später. 11^{5} vorm. 2,0 Neuronal, wurde bald müde; schlief von 11^{25} bis nächsten Morgen 1/27, ohne einmal wach zu werden.

13. Epileptische, gereizt. 9^{25} 1,0 Neuronal. Keine Wirkung.

14. Dieselbe, 6 Tage später. 11 2,0 Neuronal. Schlief von 2 bis 3^{30} und von 5 bis nächsten Morgen 5^{30}.

15. Katatonie, Bewegungsdrang. 9^{35} vorm. 1,0 Neuronal. Wurde bald müde. Schlief von 11^{30} bis 12^{30}, erwachte durch Geräusch. Schlief weiter von 2 bis 3^{30}.

16. Dieselbe, 5 Tage später. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. 11^{25} Müdigkeit. Schlaf von 11^{50} bis 4^{25}; ass eine Schnitte Brot und schlief von 5 bis 8; dann bis nächsten Morgen.

17. Dieselbe, 2 Tage später. 11^{45} vorm. 2,0 Neuronal. 12 Uhr Müdigkeit. Schlaf von 2 bis 6^{30}.

18. Dieselbe, 19 Tage später. 10^{50} 2,0 Neuronal; wurde bald müde und lag bis Abends schläfrig und ruhig zu Bett, ohne zu schlafen.

19. Melancholie; unruhig. 9^{40} vorm. 1,0 Neuronal. 10 Uhr Müdigkeit. Schlief von 1 bis 1^{30}.

20. Dieselbe, 5 Tage später. 10^{35} vorm. 2,0 Neuronal. 11^{15} Müdigkeit. Schlaf von 11^{20} bis 1^{45} (aufgeweckt durch Herabrutschen vom Bett), ass Mittagbrot. Schlief von 2 bis 5. Nachher Schläfrigkeit.

21. Dieselbe, 2 Tage später. 11^{35} vorm. 2,0 Neuronal. Wurde bald müde. Schlaf von 12^{10} bis 4^{15} und von 4^{30} bis 6^{30} und von 7 bis 8. Schlaf in der Nacht unterbrochen.

22. Dieselbe, 19 Tage später. 10^{50} vorm. 2,0 Neuronal. Wurde bald müde und schläfrig, nickte ein. Schlief von 11^{30} bis 1. Nachher blieb sie schläfrig zu Bett liegen. Schlief nachts gut.

23. Dieselbe, einen Tag später. 11^{30} 2,0 Neuronal; ass Mittagbrot, wurde bald müde, nickte öfter ein. Schlief von 3^{30} bis zum nächsten Morgen ohne aufzuwachen.

24. Acute Verwirrtheit. 9^{50} 1,0 Neuronal. Schlaf von 10^{30} bis 11 und von $12\frac{1}{2}$ bis 2 Uhr.

26. Epileptische; gereizt, erregt. 11^{45} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 12 bis nächsten Morgen früh 5 Uhr, ohne Unterbrechung.

27. Paranoia, aufgeregt. 11^{5} vorm. 1,0 Neuronal. Schlaf von 1 bis 1^{30}, nachher bis Abend schläfrig. Um 1^{30} Erbrechen.

28. Secundärer Schwachsinn; erregt. 10^{45} vorm. 1,5 Neuronal. 11^{40} Müdigkeit. Schlaf von 2 bis 4^{35}.

29. Dieselbe, 12 Tage später. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. 11 Uhr Müdigkeit. Schlaf von 12^{30} bis 6^{30}. Schlaf in der Nacht gut.

30. Melancholie; agitirt. 10^{45} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 11^{30} bis 3^{30}.

31. Dieselbe, fast 3 Wochen später. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 11 bis 12, ass Mittagbrot, schlief bald wieder ein und bis 2^{30}.

32. Epileptische, manisch. 10^{20} vorm. 1,5 Neuronal; ohne Wirkung.

33. Dieselbe, 5 Tage später. 9^{50} vorm. 2,0 Neuronal; ohne Wirkung.

34. Dieselbe, 6 Tage später. 10^{45} vorm. 3,0 Neuronal. Um 11^{30} Schläfrigkeit, schwerfällige Sprache. Schlaf von 12^{15} bis 2^{30}; von da ab lag sie schläfrig zu Bett. Schlief in der folgenden Nacht.

35. Epilepsie, manisch. 10^{45} vorm. 2,0 Neuronal. 10^{55} Müdigkeit. Schlaf von 11^{15} bis 8 abends. Nachts unruhig.

36. Dieselbe, 10 Tage später. 10^{45} vorm. 2,0 Neuronal. 11^{15} Müdigkeit. Schlaf von 2 bis 2^{45}.

dann wach, aber schläfrig; schlief weiter von 3^{15} bis 6½ abends. Nachher unruhig.

37. Dieselbe, 2 Tage später. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. 11 Uhr Müdigkeit. Schlaf von 11^{30} bis 4^{20}; aufgeweckt durch eine andere Kranke. Nachher ruhig.

38. Dieselbe, 17 Tage später. 11^{25} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 12 bis 3^{30}. Nachher wieder erregt.

39. Dementia präcox; leichte Erregtheit. 11^{15} vorm. 2,0 Neuronal. 12 Uhr Müdigkeit, legte sich 2^{30} zu Bett, schlief von 3^{5} bis 3^{30} und von 3^{45} bis 5^{15}. Nachher noch schläfrig. Schlief nachts darauf gut.

40. Epileptische, erregt. 11^{45} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 1 bis 2^{30} und von 3 bis nächsten Morgen. Von 2^{30} bis 3 Uhr ruhig.

41. Dieselbe, 6 Tage später. 11^{45} 2,0 Neuronal. Schlaf von 12 bis 6^{30}; nachher noch schläfrig. Schlaf in der folgenden Nacht gut.

42. Epileptische, erregt. 10^{35} vorm. 2,0 Neuronal. 10^{50} müde. Schlaf von 11^{15} bis 8 Uhr abends ohne Unterbrechung. Schlaf in der folgenden Nacht gut.

43. Acute Verwirrtheit. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. Wurde bald müde und schlief von 10^{55} bis nächsten Morgen ohne Unterbrechung.

44. Dieselbe, 6 Tage später. 9^{45} vorm. 2,0 Neuronal. Schlaf von 10 bis 3^{45}; nachher wieder erregt.

45. Dieselbe, 6 Tage später. 11^{50} vorm. 2,0 Neuronal. Wurde bald müde, ass zu Mittag, schlief von 1 bis 7^{15}; nachher weniger erregt. Nachts darauf gut geschlafen.

46. Melancholie; agitirt. 10^{30} vorm. 2,0 Neuronal. Ward bald müde, ass zu Mittag mit Appetit. Schlaf von 4^{30} bis 7, ass Abendbrot, und schlief von 7^{30} bis morgens 5^{30}.

47. Melancholie, agitirt. 10^{15} vorm. 2,0 Neuronal. 11^{10} Müdigkeit. Schlaf von 12^{30} bis 1^{15} und von 1^{20} bis 4^{45}; nachher wach, aber ruhig.

48. Epileptiker, erregt. 12^{10} mittags 2,0 Neuronal. Gegen 1 Uhr starke Spracherschwerung. Nach 1 Uhr Schläfrigkeit. Schlief von 2^{45} bis 3^{45}; nachher Schlaftrunkenheit und erschwerte Sprache.

49. Epileptiker, erregt. 9^{45} vorm. 1,5 Neuronal. Schlief nach 10 Minuten bis 1^{45}, ass sein Mittagbrot, schlief weiter von 2^{30} bis 4^{15}, nachher schläfrig; schlief wieder von 7 Uhr abends bis nächsten Morgen.

50. Paranoiker, erregt. 10^{45} 1,5 Neuronal. 11^{30} schläfrig. Schlaf von 11^{45} bis 12^{45}, nachher schläfrig.

51. Paralytiker, erregt. 6^{35} nachmittags 3,0 Neuronal. Schlaf von 7^{30} bis nachts 2^{30}.

52. Derselbe. 1 Tag später 12^{30} mittags 4,0 Neuronal. 2^{30} ruhiger und schläfrig. Schlaf von 4^{30} bis 5^{30}, von 6 bis 6^{15} (wahrscheinlich durch Geräusch aufgeweckt), von 8^{30} bis 10^{30}. Nachher wieder erregt.

53. Acute Verwirrtheit. Abends 8^{30} 2,0 Neuronal. Schlief bald darauf ein und bis 8^{30} morgens, und von 8^{45} morgens bis 10^{15} vormittags.

Während des Schlafs wurde Puls und Athmung controlirt, aber keine nennenswerthe Beeinflussung dieser Functionen durch Neuronal constatirt; die einige Male beobachtete Verlangsamung des vorher beschleunigten Pulses kann durch das Aufhören der Unruhe erklärt werden. Die Athmung war tief und regelmässig, derjenigen des natürlichen Schlafes sehr ähnlich. Urinuntersuchungen, die bei höheren Dosen stattfanden, ergaben keine Albuminurie.

Bei der Beurtheilung der oben mitgetheilten Beobachtungen muss, wie schon bemerkt, berücksichtigt werden, dass die unruhigen Kranken während der Neuronalwirkung mit anderen, zum Theil störenden Kranken im gemeinschaftlichen Raum lagen, wo ein Hin- und Hergehen stattfand und das störende Tageslicht nicht abgeblendet war, und dass die für die Neuronalwirkung gesetzte Tageszeit der Vormittag (in fast allen Fällen) war, an dem von einem Einfluss des natürlichen Schlafes nicht die Rede sein kann. Trotz dieser ungünstigen Bedingungen war die Wirkung des Neuronals in der Höhe von 2,0 g, welche wenigstens bei schwereren psychotischen Zuständen die Durchschnittsdosis zu sein scheint, in einer grossen Zahl von Fällen eine eclatante und recht lange andauernde. Wie bei jedem anderen Schlafmittel widerstehen auch hier gewisse Fälle selbst grösseren Dosen mit Hartnäckigkeit, wie z. B. der Paralytiker, bei welchem 4,0 Neuronal nur stundenweisen Schlaf erzeugten. Bei diesem hatten einige Tage vorher aber auch 10 g Paraldehyd nur einen Schlaf von kaum 3 Stunden erzielt, und zwar war der Schlaf auch hier erst nach 40 Minuten eingetreten.

Das Mittel wurde theils in Pulvern, theils in Tabletten gegeben und Wasser oder etwas dünner, kalter Kaffee nachgetrunken. Vielleicht tritt die Wirkung früher ein, wenn es schon in gelöstem Zustande in den Magen kommt.

Bei weiblichen aufgeregten Geisteskranken kann man nach 2,0 — 3,0 Neuronal einen 4 bis 5 stündigen Schlaf mit ziemlicher Gewissheit erwarten, er kann sich auch auf 8 und 9 Stunden erstrecken. In einzelnen Fällen ging der künstliche Tagesschlaf in den Nachtschlaf über, sodass die Patientinnen bis 19 Stunden in einem ruhigen Schlaf lagen, für erschöpfte Kranke eine sehr nützliche Wirkung. In anderen Fällen fehlte dieser Uebergang oder blieb der Nachtschlaf seitens des künstlichen Tagschlafs unbeeinflusst.

Eine Regel liess sich für die einzelnen Arten der Erregungszustände nicht aufstellen; so wirkte es, wie aus obigem ersichtlich, bei der einen manisch erregten Epileptika in Höhe von 2,0 sehr gut, bei einer anderen

selbst bei 3,0 nur für 2¼ Stunde und hier noch dazu sehr verspätet.

Bei zwei Patientinnen erschien der anfängliche Sopor leicht euphorisch gefärbt.

Bei männlichen erregten Geisteskranken dürften 2,5 bis 3,5 g die durchschnittliche Dosis sein.

Es steht m. E. nichts der Annahme im Wege, dass die am Tage beobachtete schlafmachende Wirkung des Neuronals bei nächtlicher Anwendung, d. h. unter Bedingungen, die für den Eintritt des Schlafes günstiger sind, in erhöhtem Maasse sich geltend machen wird; Neuronal ist daher, in Uebereinstimmung mit den bisherigen anderweitigen Beobachtungen, als ein sehr brauchbares Hypnoticum zu bezeichnen, um so mehr als ihm, wie neuerdings*) erwiesen, eine kumulative Eigenschaft nicht zukommt.

Meinem hochgeehrten Chef, Herrn Direktor Dr. Klinke, sage ich für die Genehmigung obiger Versuche meinen besten Dank.

*) Artarit, Thèse de Paris 1905. 23, III. Contribution à l'étude du Neuronal.

Bisherige Arbeiten über Neuronal.

1. Beziehungen zwischen chemischer Konstitution und hypnotischer Wirkung. Eine neue Reihe von Schlafmitteln. Von G. Fuchs in Biebrich und Ernst Schultze in Bonn. Münch. med. Wochenschrift Nr. 25, 1904.
2. Ueber die hypnotische Wirkung des Neuronals. Von Dr. A. Siebert. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 1904, Nr. 10.
3. Ueber Versuche mit Neuronal. Von Dr. Becker. Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift, Jahrgang 1904, Nr. 18.
4. Neuronal. Von Dr. H. Stroux. Deutsche med. Wochenschrift, 1904, Nr. 41.
5. Neuronal bei Epilepsie. Von Dr. P. Rixen. Münch. med. Wochenschrift, 1904, Nr. 48.
6. Ueber Neuronal. Von Kurt Schulze. Therapie der Gegenwart, 1905, Heft 1.
7. Ueber Neuronal und seine Brauchbarkeit in der Irrenanstalt. Von Dr. Weifenbach. Centralblatt für Nervenheilkunde, 1905, 1. Februar.
8. Erfahrungen über die Anwendung des Neuronals. Von Dr. Bleibtreu. Münch. med. Wochenschrift, 1905, Nr. 15.
9. Contribution à l'étude du Bromdiéthylacétamide (Neuronal), son action hypnotique et sédative chez les aliénés. Thèse de Paris, 1905. Von Dr. Artarit.

Ueber Versetzungsbesserungen.

Von Dr. *Franz Ricklin*, Secundararzt der Züricher Pflegeanstalt Rheinau.

Nach einem Vortrag auf der schweiz. Psychiater-Versammlung in Wil, 12. Juni 1905.

(Schluss).

Emanuel M., geb. 1839, Modellstecher, intelligent, mit frühem Hang zur Einsamkeit, kehrte 1876 verändert, d. h. mit einer paranoiden Form der Dementia praecox, aus der Fremde heim. Er hielt sich für einen grossen Gelehrten und hatte Verfolgungsideen gegen seinen letzten Arbeitsort und auf die schweizerischen Einrichtungen. Er beschimpfte und bedrohte jeden. 1880—82 war er im Burghölzli, ruhig, einsichtslos, und entwickelte ein steigendes Misstrauen gegen die Aerzte. Erst 1891 kam er wieder in die Anstalt. Auf jede Anrede des Arztes folgte eine Fluth von Schimpfworten. Seine Beziehungsideen wurden so krass, dass schlechterdings nichts geschehen konnte, ohne dass er eine gemeine Absicht gegen ihn herausdeutete. Alle Patienten waren da, um ihn zu äffen, und die Aerzte, die „Doctoraffenschar", spielten ihm da eine klägliche Komödie vor. Immer war er auf der unruhigen Abtheilung. Die Versetzung 1902 hatte für den immer noch ruppigen, sonst besonnenen Kranken den Vortheil, dass sich nicht mehr das alte Spiel abwickelte, dass neue Aerzte, neue Wärter da waren, dass man leichter an ihm vorbeigehen konnte, dass man vielen seiner Wünsche mehr nachgeben, ihm viele Freiheiten gewähren konnte. Diese Factoren wirkten nicht plötzlich, aber deutlich. Nicht dass die Ideen geschwunden wären, aber es ist, da sich Pat. besser behandelt und geschmeichelt fühlt, möglich, mit ihm in geordneter Weise zu verkehren und sich sogar mit ihm über ein Thema zu unterhalten. Es ist dies der Kranke, der besonders gern fremdsprachige Bücher liest.

Wenn es schon in einer Anstalt vorkommt, dass sich von mehreren Aerzten einer opfern muss, der dem Kranken das nothwendige Unangenehme sagen muss und damit in dauernde Ungnade fällt, während der andere die Rolle des guten Geistes übernehmen darf, so ist dieses System in Form der Versetzung in eine andere Anstalt mit anderm, bei diesem Kranken noch nicht verbrauchten Personal noch viel wirksamer.

Ein zweites Beispiel liefert ein gefürchteter Quärulant mit Dementia praecox:

Heinrich Sch., geb. 1855. Er erkrankte und begann endlose Processe mit Nachbarn. 1897 kam er nach Basel und bald nach Rheinau, wurde noch im gleichen Jahr gebessert entlassen. Er fing jedoch



von neuem an gegen die Behörden wegen der alten Verfügungen und der Anstaltsinternirung zu quäruliren, gab auch eine Hetzbrochure heraus. Im Jahre 1900 begann er zu trinken und zu drohen, kam ins Burghölzli, war wechselnd, renommirte und quärulirte und drohte auch weiter. Seine Schriftstücke wurden immer gedrechselter, der Stil ganz „praecox" gespreizt und immer weniger verständlich, mit zunehmenden Wortneubildungen.

Diese Erscheinungen haben sich seither noch gesteigert, namentlich legt er jedem zufälligen Zusammentreffen eine Bedeutung für ihn unter.

1901 kam er nach Neu-Rheinau, machte bei den Visiten, besonders wenn der Director kam, mit seinem gewaltigen Maul Scandal, war besonnen genug, um zu wissen, was er wagen konnte, aber auch um andere energisch zu hetzen. Aber Rheinau ist weiter von den Behörden weg als das Burghölzli, man konnte ihn gewähren lassen, störte er auch weniger, man gab ihm Freiheiten, auch freien Ausgang, was in Zürich nicht wohl möglich gewesen wäre; dabei wusste er ganz genau, dass er bei weiterem Lärmen deren Verlust riskirte. Man behandelte ihn geradezu nobel, scheute sich aber auch nicht, ihn während der Visite zu isoliren, bis er wieder bat, mit dem Director ruhig reden zu dürfen. Er schrieb endlose Eingaben, sieht jetzt aber allmählich ein, dass er keinen Erfolg hat und quärulirt eigentlich nur noch pro forma.

Neben der allmählichen Verblödung ist hier ganz bestimmt die Versetzung mit ihren Consequenzen an der Beruhigung und Besserung wesentlich betheiligt.

Von den spätern Besserungen, die nicht direct an die Versetzung anschlossen, sondern wo bei etwas abgelaufenen oder noch „träumenden" Fällen durch die Arbeit eine theilweise oder totale Umschaltung auf normale Complexe möglich war, habe ich bei der Aufzählung der therapeutischen Factoren schon berichtet.

Als neue Gruppe möchte ich die Fälle anführen, wo irgend ein besonderes neues Moment bessernd wirkte:

Elisabeth B. bekam eine Dementia praecox, in der neben Sprachsymptomen und physikalischer Beeinträchtigung (die z. Th. auch sexuell zu deuten sind) uncorrigirte Träume von sexuellen Angriffen und ein prüder Negativismus gegen die Aerzte die Hauptrolle spielten. Bald arbeitete sie, bald sass sie unthätig da, zuletzt arbeitete sie. So kam sie 1903 nach Rheinau. Zuerst that sie ein halbes Jahr lang nichts; von 1904 an kamen längere oder kürzere Arbeitsperioden; sie war aber unzugänglich.

Als ich im Nov. 1904 nach Rheinau kam, war sie freundlich mit mir und hat seither fast ununterbrochen gearbeitet. Nur wenn ich einen Tag oder länger von Rheinau abwesend bin, hört sie auf zu arbeiten, schmollt, wirft mir vor, ich gehe fort zu andern; das dauert gewöhnlich nicht länger als einen Tag. Auch als ich mich freundlich mit einer jungen Explorandin unterhielt, wurde sie eifersüchtig.

Pat. wurde also durch meine Versetzung vom Burghölzli nach Rheinau besser, und ich spiele jetzt — früher offenbar nicht in dieser Weise — eine ganz bestimmte Rolle in ihren Ideen.

Marie H., geb. 1868, eine ganz schlimme, schmierende, kothessende Katatonie, die zerriss und immer fortdrängte, wurde 1902 transferirt, ohne Wirkung. Einen Monat später wurde ein Bein wegen Fusstuberkulose amputirt. Unmittelbar nachher war sie psychisch kaum anders, aber während der Reconvalescenz wurde sie ruhig, freundlich, lernte eifrig mit dem Stelzfuss gehen, arbeitete sogar einigemale, trägt seither gewöhnliche Kleider. Die Besserung ging wieder etwas zurück, aber bei weitem nicht bis zum früheren Zustand.

Barbara R., geb. 1835, eine alte Katatonie im chronischen Stadium, die Teufelchen sah und schimpfende Stimmen hatte, dabei mit ausgebreiteter Schürze stumpfsinnig dasass oder Wolle zupfte, kam 1901 ohne Veränderung nach Neu-Rheinau. Einen Monat später wurde sie in Chloroformnarcose gynäkologisch untersucht. Nach der Narcose war sie wie aus der Katatonie erwacht, aufgeräumt, arbeitete, war gesprächig und bewies ein sehr treues Gedächtniss. 5 Monate dauerte diese Besserung. Dann gerieth sie allmählich in den alten Zustand und ist unterdessen sehr gebrechlich geworden.

Es bleiben uns noch die Gruppen zu beschreiben, bei denen keine wesentliche Besserung mehr eintritt, weder bei der Versetzung, noch später.

Eine Gruppe, wo die Versetzung nichts ändert, habe ich wegen des Vergleichs mit der acuten vorweggenommen: Es sind die dauernd periodischen Formen der Katatonie; doch wissen wir ja nicht, ob sie nicht mit der Zeit sich noch beruhigen. Ich kann mich zwar nicht erinnern, bei meinem Material Fälle zu haben, die früher einem ausgesprochenen periodischen Verlaufstypus folgten und später in ein gleichmässiges Stadium übergegangen wären, obwohl oft eine Abschwächung der Erregungsperiode nachzuweisen ist.

An zweite Stelle möchte ich, die Analogie mit dem akuten Schub verfolgend, die Fälle setzen, wo die acuten Stadien längst abgelaufen sind, und wo die Leute in einem leidlich ruhigen und geordneten Zustand in die Pflegeanstalt übergetreten sind. Sie können keine Versetzungsbesserung zeigen, weil sie vorher schon relativ gut waren. Der von der Dementia praecox gesetzte dauernde Defect ist aber so, dass sie nicht selbständig existiren können, sondern der Colonisation aus irgend einem Grund bedürfen. Manche wären vielleicht für Familienpflege noch geeignet.



Karl H., Uhrmacher, geb. 1873, war intelligent, aber ziemlich faul, gehört zum Vagantentypus, der weit reist, aber nirgends lange bleibt. Er heirathete, aber unglücklich, ging später in die Fremdenlegion, war früher längere Zeit in Amerika. Der Vater machte ihm Vorwürfe. Als er starb, fing ein Nachbar und Freund des Vaters den Pat. an zu verfolgen, wie er meinte. Pat. fasste dessen Abschiedswort: Sie werden sich wiedersehen, als eine Art Drohung auf. Nachher glaubte er, dieser Nachbar, Schärer, folge ihm überall auf den Fersen; er konnte ihm nicht entkommen; stieg er irgendwo aus dem Zuge aus, um ihn über sein Reiseziel zu täuschen, war er gleich auch da, lief die Strasse parallel hinter den Häusern durch und rief ihm zu. Er kritisirte ihn, spielte das personificirte Gewissen, sagte, er bringe es doch zu nichts, wenn er ein Project hatte, und als Pat. ins Burghölzli kam, war er auch da und sagte: Aha, jetzt habe der faule Kerl gut zu fressen, deshalb habe er gemacht, dass er in eine Anstalt komme. Pat. nennt diese Stimmen „Rückklänge", die gewissermaassen vom Kopf ausgehen und wieder ins Ohr zurückgeleitet werden, und vergleicht dieses Phänomen mit dem Rauschen, das durch Vorhalten einer Muschel vor das Ohr entstehe; in beiden Fällen, meint er, komme der Schall aus dem Ohr und werde hörbar zurückgeleitet. Damit characterisirt er, unconsequent, diese Stimmen des personificirten Gewissens als etwas aus seinem Hirn entspringendes, und trotzdem glaubt er wieder, der Herr Schärer mache das auf Distanz.

Im Burghölzli, wo er mit Unterbrüchen von 1902 bis 1905 war, wurde er bald nicht mehr belästigt und arbeitete, hatte freien Ausgang u. dgl.; bei den ersten Entlassungsversuchen kamen die Stimmen wieder, sobald es nicht vorwärts gehen wollte.

Eine Versetzungsbesserung bei einem solchen Fall, der vorher schon abgelaufen ist und vorher schon ruhig in seinem Beruf gearbeitet hat, ist natürlich nicht mehr zu erwarten. Aber draussen gehts nicht, weil Pat. gleich wieder seinen vagabunden Habitus annimmt.

Heinrich Sch., Gemeindeschreiber, geb. 1873, war ein guter Schüler, immer etwas „eigen". 1900 wollte er vorzeitig vom fahrenden Zug springen, der Conducteur stiess ihn zurück. Nachher wollte er immer Busse zahlen, obwohl kein Stationsvorstand sie ihm abnehmen wollte. Er glaubte, man suche ihn mit einer Art Camera obscura, wie sie auf Festplätzen etwa aufgestellt werden. Er fühlte sich davon beeinflusst. Die Weiterentwicklung der Ideen erfolgte meist im nächtlichen Traum, der dann tags festgehalten wurde. So wusste er, dass dieser Apparat Prangermaschine hiess. Schliesslich personificirte sich die Beeinflussung, ein „Prangerer" richtet den Prangerapparat auf ihn und beeinflusst ihn und seine Gedanken damit. Diese Vorstellungen hangen mit bestimmten Traumbildern zusammen. Z. B. hörte er im Traum auch sagen: „Du sollst noch nicht heirathen." Ein andermal zeigte ihm im Traum der Stationsvorstand von Eglisau sein Signalement, das ein ganzes Heft ausfüllte. Er sagte: Einmal werde er damit vor der ganzen Welt an den Pranger gestellt. Da er auch in Rheinau noch „beeinflusst" wird, localisirt er den „Prangerer" oder „Postzeichner" (der ihn zeichnet, kennzeichnet) auf die zunächst liegende Station Altenburg. Seit Herbst 1901 bildet sich das traumartige System, ohne irgend welche Beeinflussung durch einen Aufenthalt in der Anstalt Burghölzli und in einer Privatanstalt, weiter. Es hiess, seine Angelegenheit soll nun erledigt werden, zu dem Zweck musste er Eingaben an die Behörden machen und that es dann. Damit erreichte der Process einen gewissen Abschluss, ohne indessen aufzuhören.

Ende 1902 wurde Pat. nach Rheinau verbracht, er verlangte zuerst Arbeit, that aber nach 2—3 Monaten nichts mehr; der nach dem ersten Abschluss unzusammenhängend zerfallende traumhafte Complex wirkte bis zu einer maximalen Intensität, dann blasste er im Sommer 1903 allmählich ab, Pat. wurde zugänglicher, verrichtet gewisse, aber nicht alle Arbeiten mit Präcision, die automatischen „Postzeichnerprangerungen" sind schwächer geworden, ja Pat. hat es, wie viele Katatoniker, bei denen neben einem abgeblassten, abgegrenzten krankhaften Complex noch viel Besonnenheit erhalten ist, gewissermaassen in der Hand, bei unangenehmen Arbeiten den „Postzeichner" interveniren zu lassen, bei ihm zusagender Thätigkeit auszuschalten.

Wir sehen also, dass hier der Process unbeeinflusst durch Anstalten und Versetzung seine Wege ging.

Es bleibt eine Anzahl Fälle, wo weder Versetzung noch andere Umstände bei sekundären Katatonien irgend einen Einfluss haben; sie sind in unserm Material sehr dünn gesät; leider war es durchaus nicht möglich, zu erfahren, warum diese Fälle gerade so verlaufen; somit ist auch eine Prognose auf diesen Verlauf unmöglich.

Im Ganzen war ich erstaunt, zu finden, dass im Material unter irgend einer Form viel mehr Besserungen als stationäre Zustände oder Verschlimmerungen zu verzeichnen sind.

Verschlimmerungen bei chronischen Fällen, wo nicht noch ein verblödender Schub eintritt (gewöhnlich nur bei noch relativ frischen Fällen), sahen wir eigentlich nur da, wo aus irgend einem Grunde Freiheiten entzogen oder die Hoffnung auf Freiheiten oder Vergünstigungen definitiv vernichtet werden musste, besonders bei relativ Besonnenen; dann kann es im schlimmsten Falle, der allerdings äusserst selten ist, immerhin dazu kommen, dass ein solcher Kranker einfach auf lange Dauer eingesperrt werden muss.

Endlich möchte ich kurz noch der bei uns nicht seltenen Formen gedenken, wo die Dementia



praecox auf imbecillem Boden entstanden ist. Bei manchen führt sie zu ganz schweren dauernden Verblödungszuständen, aus denen nichts mehr zu machen ist. In meinem Material kommen sie kaum vor. Umgekehrt hat bei einer Reihe von solchen Leuten die Imbecillität conservirend gewirkt. Fast alle gehören zur Gruppe ohne Versetzungsbesserung, weil sie schon vor dem Uebertritt in die Pflegeanstalt eine ordentliche Besserung durchgemacht haben. Nach Ablauf der acuten Schübe kommt bei ihnen unter den erhaltenen Eigenschaften die imbecille Gutmüthigkeit und die Tendenz, mit der Umgebung sich in gemüthlichen Rapport zu setzen, zum Vorschein, was den reinen Katatonien in erster Linie abgeht. Sie sind dann viel eher zur Arbeit zu bringen, fügen sich leichter der ärztlichen Autorität, sind für Zulagen oder einen Witz viel empfänglicher als die humorlosen reinen Katatoniker.

Zum Schlusse muss ich erwähnen, dass zahlreiche Mischfälle zu beobachten sind, wo Abblassen des Wahnkomplexes mit Versetzungsbesserung und Arbeitsbesserung sich combiniren, wo nach einem chronischen Stadium mit Versetzungsbesserung noch einmal ein acuter Schub mit stärkerer Verblödung einsetzt u. s. f.

Von den speciell bearbeiteten 85 Fällen zeigte über die Hälfte kurze oder dauernde eigentliche Versetzungsbesserungen. Dazu kommen erst noch die nachträglichen spontanen oder Behandlungsbesserungen, sowie die schon Gebesserten.

Leider giebt uns die gegenwärtige Untersuchung nicht genügende Anhaltspunkte, um prognostisch zum voraus entscheiden zu können, welche Formen der Dementia praecox im chronischen Stadium wahrscheinlich durch die Versetzung bessern werden und welche nicht.

Immerhin liesse sich die gute Wirkung der Versetzung doch individuell versuchen, wo die Versetzungsformalitäten nicht zu umständlich sind, mit Ausschluss der angeführten nichtbessernden Gruppen, die zweckmässigerweise erst zur definitiven Versorgung in die Pflegeanstalt versetzt werden.

Mittheilungen.

— Vereinigung für gerichtliche Psychologie und Psychiatrie im Grossherzogthum Hessen. Die Vereinigung hielt am 9. Juli ihre zweite gemeinschaftliche Sitzung in Mainz ab.

Als erstes wichtiges Ergebniss dieses Zusammenschlusses von Juristen und forensisch interessirten Aerzten ist die einstimmige Annahme des Antrages Sommers hervorzuheben, dass nämlich an das Ministerium das Ersuchen um Einführung eines obligatorischen Unterrichtes der Juristen in forensischer Psychiatrie unter Berücksichtigung der Psychologie gerichtet werden möge.

Vom Standpunkte des practischen Juristen sprach Justizrath Horch-Mainz eingehend befürwortend zu dieser Angelegenheit. Die Stellung des Antrages ist die Consequenz der neuerdings überall laut gewordenen Klagen über mangelhafte Kenntnisse der Juristen auf psychologischem und psychopathologischem Gebiete. Nur obligatorisch gemachte Studien können hier Aenderung bringen. Es ist nicht mehr angebracht, es in das Ermessen des Einzelnen zu stellen, ob er auf diesem Gebiete Information suchen will oder nicht.

Weiter brachte die Tagesordnung Referate der Herren Rechtsanwalt Fuld und Medicinalrath Balzer, beide zu Mainz, über die Fürsorge- bezw. Zwangserziehung unter specieller Berücksichtigung der hessischen Verhältnisse, ihre Resultate und wünschenswerthen Verbesserungen. Ersterer beleuchtete den Gegenstand mehr von der juristischen Seite, letzterer vom medicinischen Standpunkte aus.

Aus den Fuld'schen Ausführungen interessiren, die hohe Bedeutung der Zwangserziehung, dieses wichtigen Instrumentes bei der Bekämpfung des Verbrechens, illustrirend, die statistischen Angaben. Es waren in Hessen 1891 221 Minderjährige in Familien, 323 in Anstalten untergebracht. 1898 stellte sich dieses Zahlenverhältniss wie 432 : 454, 1902 hatte die Familienpflege mit 624 Zöglingen die Anstaltspflege mit 543 überflügelt, und am 31. März 04. waren in jener 780, in dieser dagegen nur 639 versorgt. — Demgegenüber überwiegt in Preussen mehr und mehr die Anstaltspflege, in der z. B. in der Rheinprovinz 91% aller Zöglinge untergebracht sind.

Fuld unterzieht die Meinungsverschiedenheiten, die vielfach darüber entstanden sind, ob die Fürsorgeerziehung nur eine subsidiäre Maassregel sei, einer Kritik. Er sieht in derselben nicht die Panacee gegen die Criminalität, aber eines der werthvollsten Mittel verbrecherische Entartung zu verhindern, und constatirte mit Genugthuung, dass endgültig mit der Legende von den unentziehbaren elterlichen Rechten gebrochen sei.

Balser betonte, dass für die Mainzer Verhältnisse einstweilen noch die Behauptung zu Recht bestehe, dass die Erfolge der Zwangserziehung in keinem Verhältnisse zu den aufgewandten Mitteln ständen. Soll die Zwangserziehung keine Sisyphusarbeit sein, so müssen die gesetzlichen Bestimmungen vertieft werden, es muss dem Arzte, speciell dem psychiatrischgebildeten, mehr Einfluss bei der Sichtung des Menschenmaterials gewährt werden, bei dem doch ein grosser Theil aus der Breite des psychisch Normalen herausfällt. Der Einleitung einer Zwangser-



ziehung muss die Aufnahme eines genauen psychischen und körperlichen Status vorangehen, eine genaue Prüfung des Milieus des in Betracht kommenden Kindes etc.

Redner weist auf die Thatsache hin, dass ein grosses Contingent zu den Zwangserziehungszöglingen die angeboren Schwachsinnigen, larvirten Epileptiker und die Desequilibrirten stellen. — Er empfiehlt den in Hamburg gebräuchlichen Modus der Unterbringung vieler jugendlicher Uebelthäter in sog. Zwangsschulen. Für die Anstalten verlangt er Trennung der Zöglinge nach Befähigungsklassen, den abnormen Geisteszuständen ist in der Hausordnung mehr Rechnung zu tragen, krankhafte Affectzustände sind als solche zu berücksichtigen und psychiatrisch, nicht pädagogisch zu behandeln. Ueberhaupt ist dem ärztlichen Einflusse in den Anstalten ein weiteres Feld einzuräumen.

Nach Ansicht des Redners sind weitere Ausführungsbestimmungen nöthig, soll das Gesetz seine Aufgabe, Prophylaxe des Verbrechens erfüllen. Ein sociales Problem von dieser Bedeutung muss von allen Seiten in Angriff genommen werden.

Auf der nächsten Versammlung in Darmstadt bezw. in der Anstalt zu Hofheim soll die Frage des angeborenen Schwachsinns in seiner strafrechtlichen Bedeutung erörtert werden.

Dannemann - Giessen.

— **XXX. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 27. und 28. Mai 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg i. B.). Anwesend 135 Mitglieder. (Fortsetzung.)

Prof. Weintraud (Wiesbaden) berichtet über vier Fälle, bei denen er, zum Theil mehrmals, nach der zuerst von A. Kocher angegebenen, dann neuerdings von E. Neisser empfohlenen Methode, Punktionen des Gehirns zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken ausgeführt hat.

Dabei wird nach lokaler Anaesthesie der Schädelhaut durch Andrücken eines elektrisch angetriebenen Drillbohrers die Galea und der Knochen durchbohrt und die Punktionsnadel direct durch die gewonnene kleine Oeffnung eingeführt.

In dem ersten Falle gaben vorübergehende Erscheinungen von sensorischer Aphasie einen Anhaltspunkt, bei der halbseitig gelähmten Kranken den linken Schläfenlappen zu punktiren, nachdem sie in tiefes Coma verfallen war. Bei der Punktion entleerte sich eine grosse Menge klarer goldgelber Cystenflüssigkeit. Die Kranke erwachte aus ihrem Coma. Die Besserung war aber von kurzer Dauer und auch durch eine erneute Punktion konnte das Ende nicht abgewendet werden. Bei der Autopsie fand sich ein grosser Tumor, der den ganzen linken Schläfenlappen ausfüllte und in seinen vorderen Partien gelatinös und cystisch verändert war.

In einem zweiten Fall wiesen schwere Hirndruck-Symptome (Erbrechen, Kopfschmerz, Pulsverlangsamung, Stauungspapille) auf das Vorhandensein eines Hirntumors hin, ohne dass für seine Lokalisation ein Anhaltspunkt gegeben war. Die Wahrscheinlichkeits-Diagnose lautete auf Solitär-Tuberkel mit Hydrocephalus internus. Die jetzt im Ganzen dreimal, in etwa vierwöchentlichen Intervallen ausgeführte Punktion der Seitenventrikel des Gehirns brachte durch die Entleerung von je 20—40 ccm Cerebrospinalflüssigkeit ganz ausserordentliche Besserung in dem Befinden der Kranken, deren Zustand vorher durch die mit keinem Mittel zu beseitigenden Kopfschmerzen schon unerträglich und schliesslich durch eintretende Somnolenz und Schwierigkeit der Nahrungszufuhr lebensgefährlich geworden war.

Interessant war das vollkommen negative Ergebniss der Ventrikel-Punktion bei einem jungen Mädchen, das nach einem Krampfanfall in das Krankenhaus eingeliefert, daselbst zuerst Symptome einer Psychose, dann Benommenheit und starke Pulsverlangsamung und Stauungspapille aufwies. Es entleerte sich kein Tropfen Flüssigkeit aus der Gehirnsubstanz. Die Kranke starb wenige Tage nach der Punktion im Coma und die Autopsie ergab keine anatomische Erklärung für die Hirndruckerscheinungen, vor allem keinen Tumor und auch keinen ausgesprochenen Hydrocephalus internus. Die Abplattung der Hirnwindungen und die Trockenheit der Hirnsubstanz, zusammen mit dem negativen Ausfall der Ventrikel-Punktion lassen den Fall als einen solchen von Hirnschwellung (Reichardt) auffassen.

Die Aspiration von Blut aus dem Plexus des Ventrikels in einem Falle von tuberkulöser Meningitis beeinflusste den letalen Verlauf der Krankheit nicht. Eine Blutung in dem Ventrikel und in die Hirnsubstanz war dabei, wie sich bei der Autopsie kontrolliren liess, nicht erfolgt.

Bei Hirntumoren empfiehlt es sich, nicht zu warten, bis sichere Herdsymptome die Lokalisation und damit den chirurgischen Eingriff ermöglichen, sondern durch frühzeitige ev. mehrfache Punktionen der sonst so häufig eintretenden Erblindung vorzubeugen.

(Autoreferat.)

13. Dr. O. Kohnstamm (Königstein i. P.) Die Kerne des praedorsalen Längsbündels.

Der Vortrag erscheint als Originalartikel in dieser Wochenschrift.

III. Sitzung, Sonntag, 29. V. 05, Vorm. 9 Uhr.

14. Es berichtet Prof. Jelgersma (Leiden) über: Das Nervensystem der Cetaceen.

15. Privatdocent Bumke (Freiburg i. B.): Ueber secundäre Degenerationen nach Compression des Halsmarkes.

In einem Fall von Compression des 5. und 6. Cervicalsegments beim Menschen liessen sich mit der Marchi-Methode folgende Bahnen verfolgen. In absteigender Richtung war die Pyramidenbahn bis in den Conus, das Schultze'sche Komma bis zum 8. Brustsegment, das dorsomediale Hinterstrangsbündel bis in das Filum terminale degenerirt. In aufsteigender Richtung wurden die Tractus spinocerebellares dorsales et ventrales bis in das Kleinhirn und ferner ein tractus spinovestibularis, ein tractus spinotectalis und endlich ein tractus spinothalamicus verfolgt.

(Eigenbericht.)



16. Herr Dr. De Montet spricht über: **Wanderungen lipoider Substanzen im Centralnervensystem.**

Vortr. glaubt Myelinstoffe (M. in morphologischem Sinne) als Aufbau- resp. Reservematerial und als Abbauproduct aus Substanzen mit Lipoiden-radical nachgewiesen zu haben.

Myelin findet sich als Aufbaumaterial bei thierischen und menschlichen Embryonen und Foeten in Form von feinen, mit „Neutralroth" primär nicht färbbaren Körnchen, die mehr diffus in den Gefässwänden und Bindegewebezellen der Pia vertheilt sind: später in Zellen angehäuft auch zwischen den Nervenzellen (Markscheidenbildung?). Bei Neonatis ganz ähnlich. — Auch bei Kindern sind diese Gebilde in den ersten Lebensjahren vorwiegend ungefärbt; es zeigt sich eine deutlichere Gruppirung in Adventitial- und Bindegewebezellen.

Es werden dann die Gründe für die Deutung als Aufbaumaterial angeführt, zum Theil entgegen den Zappert'schen Anschauungen, aber in Uebereinstimmung mit Wlassak.

Als schon psychologisch bei Mensch und Thier vorkommende Abbauproducte treten diese Myelinstoffe in Form meist primär mit Neutralroth färbbarer Körner und Schollen auf. (Ursache dafür: Färbbarkeit des Myelins bei Kernuntergang, farbstoffspeichernde Eigenschaften der künstlichen Markscheidenderivate, eventuell noch andere Factoren).

Belege für diese Ansicht sind: Die hochgradige Vermehrung im Senium, bei chronischen Erkrankungen (Phthise, Diabetes, Parallelismus mit dem Ernährungszustand), bei hochgradigen Infectionskrankheiten (Typhus), bei eigentlichen Gehirnprocessen (Meningitis mit auffallend grossen Mengen; für Urämie und Strychninvergiftung auch experimentell am Thier nachgewiesen; ebenfalls sehr starke Vermehrung bei Atrophie, Hydrocephalus, Epilepsie, progressiver Paralyse).

Im gleichen Sinne spricht die experimentelle Erzeugung am Thier, durch allgemeine Schädigung des Gehirns, ebenso die Befunde am peripheren Nerven, im Extrem bei Durchschneidung. (Roth färbbare Schollen im Verlauf der Markscheiden; Körnchenzellen mit intensiv Neutralroth färbbaren Granulis.)

Der Transport dieser Stoffe, die nicht autochthon in der Pia entstehen, geschieht vornehmlich auf dem Lymphweg, in fester und wahrscheinlich auch in flüssiger Form. Die Aufnahmefähigkeit der Adventitialzellen, Endothelien und Ependymzellen auch für feste Körper wurde experimentell nachgewiesen (intracerebrale Injectionen).

Endlich wird die Vermuthung einer gemeinsamen Rolle beim Fettabbau zwischen diesen grobgranulirten Adventitialzellen, eigentlichen Mastzellen und nicht metachromatischen plasmatocytenartigen, feingranulirten Zellen ausgesprochen.

17. Dr. A. Homburger-Frankfurt a. M. demonstrirt eine Anzahl von Originalneurogliapräparaten Weigert's, die sich vorzugsweise auf dessen letzte Mittheilungen über Kleinhirnveränderungen bei Tabes, progressiver Paralyse und Syphilis beziehen; die Objecte zeigen deutlich die herdförmigen Sclerosen der Rinde, welche hauptsächlich aus massenhaft angebildeten Bergmannschen Radiärfasern bestehen; daneben sind Ansätze zur Production einer gliösen Randschicht tangentialer Richtung bemerkbar; sehr ausgesprochen ist die Sclerose der Marksubstanz bei Lues und Paralyse. Diese Veränderungen treten bei allen drei Krankheiten in wechselnder Intensität, aber mit ziemlicher Durchgängigkeit auf und zeigen überall den gleichen Character. Schnitte vom tabischen Rückenmark, sowie normale Präparate von Pons, Oblongata und Rückenmark, ferner von Sclerose des Hemisphärenmarkes bei progressiver Paralyse lassen die Fortschritte erkennen, die Weigert besonders in der Darstellung der feinen Fasern gemacht hat. Ueber die von ihm vorgenommenen Abänderungen der einzelnen Proceduren hat er keine Mittheilungen hinterlassen.

H. bespricht sodann die Gründe der mangelhaften Haltbarkeit der nach Weigerts ursprünglicher Angabe hergestellten Präparate und weist besonders auf die bleichende Einwirkung reducirender Gase, Formaldehyd, SO_2, H_2S, besonders aber des Leuchtgases hin und warnt deshalb vor der Aufbewahrung von Neuroglia- und sonstigen mit Methylviolett gefärbten Präparaten (Fibrin-Bakterien) im Laboratoriumsraum. Vortr., dem die Bearbeitung der Sammlung übertragen wurde, stellt spätere ausführliche Mittheilung der besonderen Ergebnisse in Aussicht.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— **Verhütungen von Geisteskrankheiten.** Von Prof. Dr. W. Weygandt. Würzburger Abhandlung. IV. Band, 6. Heft.

Die Abhandlung enthält eine Reihe beherzigenswerther Vorschläge, von denen einige allerdings wohl schwer realisirbar sind. Es gehört hierher die Forderung der Einführung eines Gesundheitsattestes bei Eheschliessungen. Dann der Vorschlag, dass morphinistischen Aerzten bis zu ihrer vollständigen Heilung die Approbation entzogen werden soll.

Daneben enthält die Schrift eine Menge vortrefflicher Rathschläge, welche das Buch den praktischen Aerzten, zumal den Hausärzten, unentbehrlich erscheinen lässt. Dr. Ehlers.

Personalnachrichten.

— Unser sehr verehrter Mitarbeiter, Herr Dr. Ernst Beyer, Nervenarzt und Leiter des Sanatoriums Gut Waldhof bei Littenweiler, ist zum leitenden Arzt der neugegründeten und am 1. Mai 1906 zu eröffnenden Rheinischen Volksheilstätte für Nervenkranke in Leichlingen gewählt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 19. 5. August. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum fünfzigjährigen Bestehen der Privatnervenheilanstalt zu Görlitz.

(Mit einem Plan.)

Von Dr. *S. Kahlbaum.*

In diesem Jahre begeht die Nervenheilanstalt von Dr. Kahlbaum zu Görlitz ihr fünfzigjähriges Jubiläum. Die Anstalt wurde im Jahre 1855 von Dr. Reimer gegründet. Im Sommer 1867 übernahm sie Karl Ludwig Kahlbaum, und nach dessen Tode am 15. April 1899 ging sie in den Besitz seiner Söhne über; der jetzige Leiter ist Dr. Siegfried Kahlbaum.

Von Gärten und Parkanlagen umgeben liegt die Anstalt am Südrande der Stadt auf einer mässigen Anhöhe, die sich längs des Neisseflusses hin erstreckt, und umfasst jetzt ein Terrain von ca. 17 ½ Morgen. Während sie zur Zeit ihrer Gründung nur aus einem Haupt- und zwei Nebengebäuden bestand, nahm sie unter der zweiunddreissigjährigen Thätigkeit von Karl Ludwig Kahlbaum an Umfang und Baulichkeiten stetig zu, wobei die Idee leitete, dass die individuelle Behandlung der Nerven- und Geisteskranken innerhalb der Anstalt besser in einer grösseren Anzahl kleinerer Abtheilungen durchführbar ist, als in wenigen grossen Abtheilungen. Ueber die gegenwärtige Einteilung der Anstalt giebt beifolgender Plan mit Erläuterungen Aufschluss (s. nächste Seite).

Ueber die Motive, welche Karl Ludwig Kahlbaum bei der Gründung des Aerztlichen Pädagogiums leiteten, hat er selbst in dem Programm zur Betheiligung der Anstalt an der allgemeinen deutschen Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens, Berlin 1882/83, sich folgendermassen geäussert:

„Bei der immer mehr überhand nehmenden Zahl von Erkrankungen in jüngeren Jahren und der sich mehr und mehr geltend machenden Erkenntniss, dass viele moralische Absonderlichkeiten und ungewöhnliche Characterentwickelungen auf krankhaften Anlagen und organischen Vorgängen beruhen, liegt das Bedürfniss nahe, die jugendlichen Kranken dieser Art ganz besonders in ärztlich-specialistische Beobachtung und Behandlung zu nehmen und, wo mit der grösseren Anzahl solcher Kranken Gelegenheit geboten ist, entsprechende Einrichtungen zu treffen. Da es bei Kranken dieser Art ganz besonders darauf ankommt, die fehlgeschlagene Erziehung zu ergänzen oder nachzuholen, so ist wie bei jeder Erziehung meist eine längere Zeit methodisch pädagogischer Beeinflussung und des Zuwartens nothwendig. Damit ist es nahe gelegt, die länger erforderliche Zeit zugleich für die intellectuelle Ausbildung und für die Vorbereitung zu einer etwaigen Lebensstellung zu benutzen. In jeder grösseren Anstalt wird gelegentlich oder auch continuirlich und methodisch Unterricht ertheilt. So geschah es auch bei mir. Die grössere Zahl jugendlicher Kranker, welche sich in meiner Anstalt ansammelten, die zur Sicherung ihrer kaum erworbenen Nerven-Gesundheit noch fortgesetzt ärztlicher Beobachtung und Behandlung bedurften, führte dann dazu, mehrere Lehrer für die Anstalt selbst anzustellen, um den Unterricht in grösserem Umfange, wie in methodischer Vollständigkeit ertheilen lassen zu können, und die in der besonderen Spezial-Erfahrung geübten Kräfte auch weiterhin für den engeren Zweck nutzbar zu erhalten. So entstand der Plan des ärztlichen Pädagogiums für jugendliche Kranke in der Anstalt zu Görlitz, der nun aber von vornherein, obwohl es gerade hierbei auf ganz besondere Hilfskräfte und Behandlungsmethoden ankam, nicht in absoluter Trennung von der Heilanstalt, sondern in organischer und methodischer Verbindung mit ihr verfolgt und erfüllt wurde."

Jede Abtheilung der Anstalt ist vollkommen für sich organisirt und steht unter Aufsicht eines eigenen Inspectors resp. einer Oberin. Wie aus dem Plane

ersichtlich, ist auch für jede Abtheilung ein eigenes Gebäude bestimmt. Nur bei den Herren und Damen der offenen Kuranstalt erschien es im Interesse des gesellschaftlichen Verkehrs wünschenswerth, eine vollständige räumliche Trennung zu vermeiden. Diese Kranken sind daher in einem grossen Gebäude untergebracht, in welchem die Damen die erste Etage, die Herren das Parterre und die zweite Etage bewohnen und die Gesellschaftsräume und die Parkanlagen zur gemeinschaftlichen Benutzung haben.

Bei der Anstaltsbehandlung wurde von jeher der Beschäftigung der Kranken in körperlicher wie geistiger Hinsicht besondere Sorgfalt zugewandt. Es wurde jedem Kranken, sofern es sein Zustand gestattete, Gelegenheit zur Beschäftigung in demjenigen wissenschaftlichen und mechanischen Berufszweige geboten, in welchem er in gesunden Tagen Neigung und Begabung gezeigt hatte. Fachlehrer ertheilten Unterricht nach einem Arbeitsplan, der von den Aerzten festgesetzt und weiterhin kontrolliert wurde. Zahlreiche Kranke arbeiteten in dem umfangreichen Gärtnereibetrieb und in den Werkstätten der Anstalt. Im Laufe der Jahre wurden auch Handfertigkeits- und Unterrichtssäle für künstlerische und kunstgewerbliche Arbeiten und für den wissenschaftlichen Unterricht angelegt, ferner naturwissenschaftliche Sammlungen und eine grosse Bibliothek erworben. Der körperlichen Uebung dienen ein Turnsaal, Turn- und Sportplätze, es werden auch regelmässige Turnstunden für Damen, Herren und jugendliche Kranke abgehalten. Die günstige Lage der Anstalt ermöglicht es, den Kranken alle Hilfsmittel zukommen zu lassen, welche die Stadt Görlitz bietet. Es ist einerseits Gelegenheit vorhanden, ausgezeichnete Lehrkräfte aus der Stadt zum Unterricht in der Anstalt zu gewinnen, andrerseits durchführbar, geeignete Patienten städtische Schulen besuchen zu lassen oder als Volontaire in kaufmännischen, industriellen, gärtnerischen und landwirtschaftlichen Betrieben unterzubringen. Ferner gewähren die mannigfaltigen künstlerischen und geselligen Veranstaltungen der Stadt den Kranken die Möglichkeit, den Connex mit der Aussenwelt zu pflegen beziehungsweise wiederzugewinnen.

Der allmählichen Vergrösserung der Anstalt entsprechend, ist die Krankenbewegung stetig gestiegen. So waren beispielsweise im Jahre 1892 bei einem Durchschnittsbestande von 100 Kranken nur 81 Aufnahmen, dagegen 10 Jahre später im Jahre 1902 bei einem Durchschnittsbestande von 110 Kranken 160 Aufnahmen. Auch im Auslande wurde die Anstalt bekannt, und von den in den letzten sechs Jahren aufgenommenen Kranken waren durchschnittlich 24 % Ausländer.

Erläuterungen zu nebenstehendem Plane.

V: Verwaltungsgebäude.
H: Herren-Abtheilungen.
D: Damen-Abtheilungen.
V 1. Amts- und Empfangsgebäude.
V 2. Wirthschaftsgebäude.
V 3. Fabrik: Wassergasanstalt zu Koch- und Heizzwecken, Wasserdampfbereitung, elektrische Anlage, Werkstätten für Schlosser, Tischler, Tapezierer etc.
V 4. Wohnhaus füe Aerzte und Beamte.
V 5. Wohnhäuser für Fabrikpersonal, Portier, Gärtner, Kutscher und Stallungen.
V 6. Gärtnerei und Gartenland, zur Anstalt gehörig.

Offene Kuranstalt (Abtheilung für Reconvalescenten und leichte Nervenkranke).

H 1. für Herren: Parterre und 2. Etage mit Gesellschaftszimmer und Badezimmer.
D 1. für Damen: Erste Etage mit Gesellschaftszimmer und Badezimmer.
Gemeinschaftlich: Parkanlagen mit heizbarer Kegelbahn, Croquetplatz, Lawn-Tennis-Platz, Musik-, Lese- und Billardsaal, Wintergarten, Speisesaal, elektrotherapeutisches Cabinet.

Beobachtungsabtheilung (für mittelschwere Kranke).

H 2b. für Herren: Parterre und 1. Etage mit Garten, Saal mit Billard, Klavier, Corridor mit Vorrichtungen zur Frenkel'schen Uebungstherapie, Badezimmer.
D 2. für Damen: Parterre, 1. und 2. Etage mit Garten und Croquetplatz, Gesellschaftssaal mit Clavier, Badezimmer.

Beruhigungsabtheilung (für Schwerkranke und unruhige Kranke).

H 3. für Herren: Parterre und 1. Etage mit 3 Gärten, Gesellschaftssaal mit Clavier und Billard, 2 Badezimmer.
D 3. für Damen; Parterre und 1. Etage mit 2 Gärten, Gesellschaftssaal und 2 Badezimmer.

Pflegeabtheilung (für geistig invalide, pflegebedürftige, ruhige Kranke).

H 4a und b. für Herren: 2 Villen mit 2 Gärten und Gesellschaftssaal mit Clavier, 2 Badezimmer.
D 4. für Damen: Parterre und 1. Etage mit Garten, Gesellschaftssaal mit Clavier, Badezimmer.

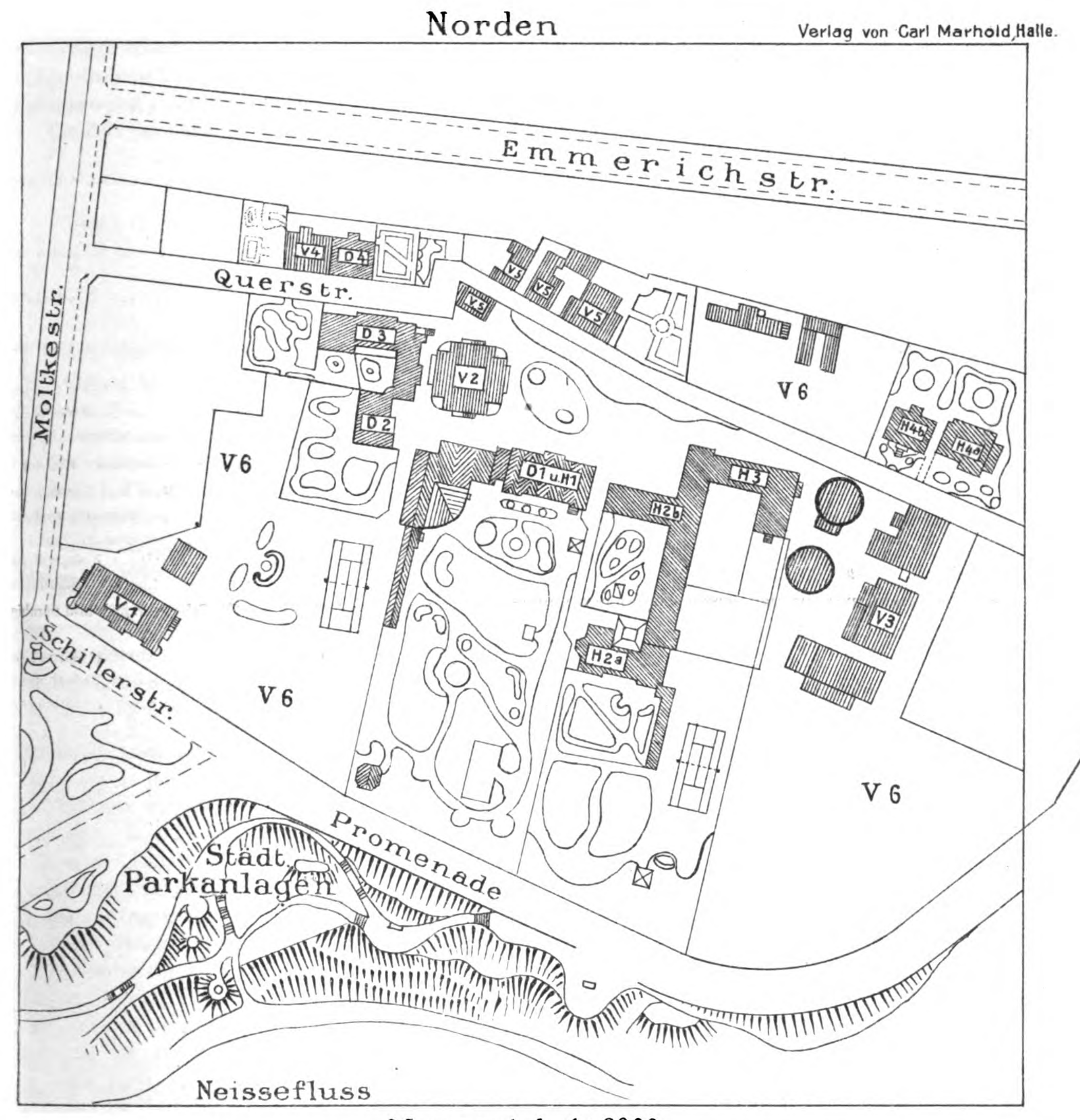
Aerztliches Pädagogium (für jugendliche Kranke).

H 2a. Parterre und 1. Etage mit 2 Gärten, Kegelbahn, Lawn-Tennisplatz, Croquetplatz, Turnplatz, Gesellschaftssaal mit Clavier und Billard, 2 Schulzimmer, Badezimmer, Handfertigkeitssaal (zur gemeinschaftlichen Benutzung auch für die anderen Kranken nach besonderem Stundenplan).

Die Anstalt hat für 140 Kranke Platz, doch konnte diese Zahl bisher nicht erreicht werden, da einige besonders gut situierte Kranke zu ihrem grösseren Comfort je zwei, drei, bis fünf Zimmer allein für sich bewohnen. Der höchste Bestand, den die Anstalt am 31. August 1900 erreicht hatte, betrug 129, davon 83 Herren und 46 Damen. Von den Pensionären der Anstalt ist der älteste männliche bereits $47\frac{1}{2}$ Jahre, die älteste weibliche $29\frac{1}{2}$ Jahre lang hier in Pflege. Der Krankenbestand am 1. Juli dieses Jahres betrug 111, davon 73 Herren und 38 Damen. Der



Beilage zur Psychiatrisch-Neurologischen Wochenschrift Jhrg. 1905 № 19.



Heimath nach vertheilen sich die Kranken auf Deutschland 62, auf das Ausland 49. Das Pflegepersonal betrug am 1. Juli 1905 68, 42 männliche und 26 weibliche Pflegepersonen, 5 Inspectoren und 4 Oberinnen eingerechnet; Bureau- und Wirthschaftspersonal 5, Küchen- und Dienstpersonal 17, Fabrikpersonal 11, Gartenpersonal 13, Aerzte mit Einschluss des Directors 5. Die Zahl der sämmtlichen Angestellten betrug also am 1. Juli 1905 119, überstieg mithin die Zahl des Krankenbestandes um 8. Dazu kommen noch 11 Lehrer und Lehrerinnen, welche den Kranken innerhalb der Anstalt Unterricht ertheilen.

Von den Aerzten, welche an der hiesigen Anstalt seit ihrem Bestehen thätig gewesen sind, haben nicht wenige sich einen hervorragenden Ruf in der Psychiatrie erworben.

Material zu § 1569 B. G. B.

(Nr. 19.)

Urtheil des Kaiserlichen Oberlandesgerichtes in Colmar vom 14. April 1905 in der Ehescheidungssache N.

Es wurde für Recht erkannt:

Das Urtheil des Kaiserlichen Landgerichts in Colmar, I. Civilkammer, vom 29. April 1904 wird dahin abgeändert:

Die am 4. Januar 1894 in Strassburg geschlossene Ehe der Parteien wird geschieden.

Mit dieser Maassgabe wird die Berufung der Beklagten — und es wird ferner die Anschlussberufung zurückgewiesen. Die Kosten beider Instanzen werden der Beklagten auferlegt.

Thatbestand.

Die Parteien sind im Jahre 1866 geboren. Sie haben am 4. Januar 1894 in Strassburg geheirathet. Die Beklagte war damals Köchin und Hotelzimmermädchen. Ihre Ehe ist kinderlos. Seit Juli 1904 wohnen die Parteien getrennt. Kläger reist für eine Strassburger Firma in Colmar, seinem Wohnort, und in dessen Umgegend.

Durch Beschluss des Amtsgerichts Colmar vom 22. November 1901 ist die Beklagte auf Antrag des Klägers wegen Trunksucht entmündigt, durch Urtheil des Schöffengerichts daselbst vom 20. Februar 1902 ist sie wegen dreier Betrügereien verurtheilt, im Jahre 1904 ist sie wegen Betheiligung an Abtreibung der Leibesfrucht in Untersuchung gezogen worden, hat auf Blatt 65 ff. der Akten gegen Z., 2./04, gestanden, im Fehler gewesen zu sein, dass sie das ihr bekannte Abtreibungsmittel, Sadebaumblätter, der Z. verschafft, dieselben abgekocht und ihr empfohlen hat, diesen Thee zu trinken; sie wurde jedoch durch Urtheil des Schwurgerichts in Colmar vom 17. März 1904 freigesprochen.

Auf die gegen sie auf Grund des § 1568 B. G. B. am 6. Februar 1904 erhobene Klage wurde durch Urtheil des Landgerichts in Colmar vom 6. des folgenden Monats, auf dessen Thatbestand Bezug genommen wird, aus Verschulden der Beklagten die Ehe der Parteien geschieden. Hiergegen legte sie mit dem Antrage Berufung ein:

> Unter Aufhebung des Urtheils die Klage abzuweisen.

Nachdem auf ihren ferneren Antrag zufolge Beschlusses vom 31. Dec. 1904 (Blatt 46 der Processakten) ein Gutachten über den Grad ihrer Geisteskrankheit (Blatt 55) eingeholt worden, erhob Kläger in der Schlussverhandlung Anschlussberufung mit dem Antrage:

> Wegen Irrthums in persönlichen Eigenschaften der Beklagten die Ehe der Parteien für nichtig zu erklären.

Gegenseitig beantragten dieselben Verwerfung ihrer Berufung.

In gedachter Verhandlung berief sich die Beklagte zur Rechtfertigung ihres Rechtsmittels auf das erwähnte, die Aufhebung der geistigen Gemeinschaft der Parteien verneinende Gutachten.

Kläger verwahrte sich zunächst dagegen, dass der Sachverständige unbewiesene Behauptungen der Beklagten als wahr unterstellt habe; insbesondere sei sie nicht bloss Tage, sondern wochenlang, nach seinen Notizen sogar in einem Jahre 152 Tage lang, von Hause fortgeblieben. Sodann suchte er, die Klage nunmehr auf § 1569 stützend, die das Fortbestehen der Gemeinschaft der Parteien betreffende Annahme des Sachverständigen zu widerlegen. Andrerseits machte er zur Rechtfertigung der Anschlussberufung geltend: Er habe die Tragweite des Uebels, mit dem die Beklagte bereits zur Zeit der Eingehung der Ehe belastet gewesen, nicht gekannt,



sonst würde er sie nicht geheirathet haben. Die Beklagte erwiderte: Kläger habe, obwohl er schon 1896 auf Scheidung wegen Trunksucht gegen sie geklagt und obwohl er ihre Entmündigung wegen Trunksucht erwirkt habe, dennoch die Ehe mit ihr fortgesetzt und habe die in § 1339 B. G. B. vorgeschriebene Anfechtungsfrist nicht gewahrt.

Im Uebrigen wird auf die Sitzungsprotocolle der Berufungsverhandlungen Bezug genommen. Die in den nachstehenden Gründen angeführten Urkunden sind in der Schlussverhandlung besprochen worden.

Gründe.

Durch die im jetzigen Process und im Entmündigungsverfahren E. 10./01 stattgehabte Zeugen- und Sachverständigen-Beweisaufnahme, ferner durch die vom Kläger vorgelegten, von der Beklagten nach Form und Inhalt nicht bestrittenen Briefe und Rechnungen, endlich durch die Notiz in Nr. 224/01 des Elsässer Kuriers ist gegen die Beklagte folgendes thatsächlich festgestellt.

Seit 1901 (Blatt 56 der Processakten) verlässt sie ungefähr alle 2 — 3 Monate (Aussagen der Eheleute F., Blatt 14, 14 v der Entmündigungsakten) manchmal wochenlang (F., daselbst, J., Blatt 12 daselbst, D., Blatt 24 v der Processakten) ohne äussern Anlass die eheliche Wohnung, treibt sich mit Leuten von heruntergekommenem Aussehen, wie Korb- und Regenschirm-Flickern (D., Blatt 24 v K., Blatt 24) herum, bringt die Nächte bei fremden Frauenspersonen zu (W., Blatt 22 v, A., Blatt 23 der Process-, Sch., Blatt 13 v der Entmündigungs-Akten), borgt unter allerlei Vorwänden bei Bekannten und Fremden erhebliche Summen zusammen, um sich die Mittel zum Trinken zu verschaffen (I., Blatt 12 der Entmündigungsakten, Wittwe Sch., Mutter der Beklagten, Blatt 13 daselbst), verpfändete sogar ihren Trauring für Zechschulden (D., Blatt 24 v der Processakten) und betrinkt sich manchmal dermassen, dass sie von der Polizei auf der Strasse aufgelesen und fortgeschafft werden muss und öffentliches Aergerniss verursacht (I., Blatt 11 v der Entmündigungsakten). Das in der Verhandlung vom 14. November 1901 (Blatt 19 daselbst) gegebene Versprechen der Besserung hat sie nicht gehalten, sondern hat auch nachher von ihrer anstössigen Aufführung nicht abgelassen (Aussagen Blatt 22 ff. der Processakten).

In dem Gutachten des Sanitätsraths Dr. St. vom 27. März 1905 (Blatt 55 daselbst) wird dies Verhalten der Beklagten auf eine „sogut wie unheilbare" Dipsomanie zurückgeführt. Damit die Ehe der Parteien gemäss dem vom Kläger in der Berufungsinstanz angerufenen § 1569 B. G. B. geschieden werden könnte, müsste jedoch weiter feststehen, dass „die Geisteskrankheit der Beklagten einen solchen hohen Grad erreicht hat, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist."

Dieser Grad der Geisteskrankheit ist bei der Beklagten vorhanden, wenn er auch noch nicht bis zu ihrem „geistigen Tode" gediehen ist. Dieser stellt sich als der schwerste Fall der Aufhebung dar. Er ist aber, mag auch aus den Gesetzesmaterialien hervorgehen, dass ein einzelner Gesetzgebungsfactor unter der Aufhebung gerade den geistigen Tod verstanden hat, im Gesetze selbst nicht als der einzige Aufhebungsfall zum Ausdruck gelangt. Es erscheint deshalb nicht ausgeschlossen, dass auch eine nicht bis zur vollständigen Verblödung vorgeschrittene Geisteskrankheit die geistige Gemeinschaft lösen kann. Solche Lösung ist allerdings nicht schon dann gegeben, wenn, wie hier, ein thatsächliches Getrenntleben der Eheleute durch die geistige Krankheit des einen von ihnen verursacht worden. Getrennt sein muss vielmehr das Band, das die Ehegatten zur bewussten und gewollten gemeinsamen Erfüllung des sittlichen Zwecks der Ehe verbindet. Ein Ehegatte aber, dessen Gedankenkreis infolge der geistigen Erkrankung sich soweit demjenigen des andern Ehegatten entfremdet, dass er mit diesem nicht mehr zum Erreichen jenes Zwecks zusammenwirken kann, ist unfähig, in der geistigen Gemeinschaft mit ihm zu verbleiben.

Wie niedrig nun auch die Anforderungen sein mögen, welche in Anbetracht der vorehelichen Lebensstellung der Beklagten an diese hinsichtlich ihrer Betheiligung an der geistigen Gemeinschaft mit dem Beklagten gestellt werden können, so ist doch gegen sie erwiesen, dass sie nicht einmal den geringsten Anforderungen entsprochen hat. Denn sie liess während ihrer wiederkehrenden Anfälle den Haushalt des Klägers während eines sich manchmal auf Wochen erstreckenden Zeitraums im Stich und stellte ihn, der als Handlungsreisender in Colmar und Umgegend in diesen Oertlichkeiten auf guten Ruf beim Publikum angewiesen ist und persönlich sich guten Rufes erfreut (A., H., Blatt 23, 25 der Processakten), durch ihr Betragen, namentlich durch ihren Verkehr mit schlechter Gesellschaft, durch Betrügereien und durch ihre bis zum öffentlichen Aergerniss getriebene Trunksucht, in der Oeffentlichkeit blos. Sie hat dadurch sich das Gegentheil von dem zu Schulden kommen lassen, was einer vom Bewusstsein der geistigen Gemeinschaft mit ihrem Manne durchdrungenen Ehefrau zukommt.



Der Scheidungsgrund aus § 1569 B. G. B. liegt daher vor. Da es sich um eine von der Beklagten nicht verschuldete Trunksucht handelt, fällt der in der Klage und im I. Urtheil aus § 1568 B. G. B. hergeleitete Scheidungsgrund fort. Das aus Verschulden der Beklagten scheidende I. Urtheil bedarf daher insoweit der Abänderung.

Dass sich der Sachverständige für die Fortdauer der mehrerwähnten Gemeinschaft erklärt hat, wird nicht für zutreffend erachtet. Als einzigen Grund giebt er an, dass „in den freien Intervallen, welche doch die bei weitem grösste Zeit ausmachen, der Geisteszustand der Beklagten derart sei, dass von einer Aufhebung der geistigen Gemeinschaft überhaupt keine Rede sein könne" (Blatt 56). Hierbei geht der Sachversändige zunächst von einer ungenauen thatsächlichen Annahme aus. Anscheinend auf die einseitigen Angaben der Beklagten hin, welche vom Kläger bestritten sind und dem Ergebniss der Beweisaufnahme widersprechen, bemisst er die Dauer der Anfälle der Beklagten auf nur wenige Tage, während sie manchmal wochenlang gedauert haben. Ausserdem ist die durch das anstössige öffentliche Treiben der Beklagten bewirkte Aufhebung der Gemeinschaft eine so intensive, dass sie durch ihre in den lichten Zwischenräumen eintretende Rückkehr zu angemessener Führung nicht rückgängig gemacht werden kann. Da vielmehr infolge der Unheilbarkeit der Dipsomanie die Trunksuchtsanfälle sich in ziemlich regelmässig wiederkehrenden Zwischenräumen wiederholen und jeder von ihnen die zwischen den Parteien bestehende Kluft erweitert, ist an eine Wiederaufnahme ihrer Gemeinschaft nicht zu denken. Eine Scheidung ihrer Ehe wäre nun zwar gegenstandslos, wenn der auf deren Anfechtung zulässigerweise (§ 615 Z. P. O.) gerichteten Anschlussberufung des Klägers stattgegeben werden könnte. Ihr steht aber schon der § 1339, Absatz 1 B. G. B. entgegen. Denn den Grad derjenigen persönlichen Eigenschaft der Beklagten, mit welcher sie schon bei der Eheschliessung behaftet war und über die er bei der Eheschliessung geirrt hat, ihre Trunksucht, konnte von ihm spätestens aus den Entmündigungsakten ersehen werden. Diese sind zufolge des Beschlusses vom 18. März 1904 vom Erstrichter herbeigeschafft (Blatt 7 vo. der Processakten) und in der mündlichen Verhandlung vom 29. des folgenden Monats vorgelegt worden (Blatt 26). Aber erst in der Berufungsverhandlung vom 7. April 1905, also lange nach Ablauf der Sechsmonatsfrist, hat der Kläger die Anfechtung geltend gemacht. Die Unheilbarkeit der Geisteskrankheit der Beklagten hat er allerdings erst aus dem Gutachten vom 27. März 1905 entnommen. Dass die Beklagte aber schon bei der Eingehung der Ehe geisteskrank gewesen, dafür gewährt das Beweisergebnis keinen sichern Anhalt. Auf die Geisteskrankheit kann daher die Anfechtung nicht gegründet werden.

Der Kostenpunkt war nach §§ 97 [1], 92 Abs. 2 C. P. O. zu entscheiden.

Mittheilungen.

— **Aus der belgischen Irrenpflege.** Wie schon in Nr. 13 dieses Jahrgangs mitgetheilt wurde, ist Dr. De Peron, der bisherig Director von Lierneux, unter höchst unerfreulichen Umständen durch den belgischen Justizminister seines Amtes entsetzt worden. Ende Juni hat De Peron eine temperamentvoll geschriebene Vertheidigungsschrift: „Ma Réponse" herausgegeben, in der er die gegen ihn erhobenen Vorwürfe entkräftigt. Es geht daraus hervor, dass schon seit geraumer Zeit Treibereien und Stänkereien der hässlichsten Art gegen ihn im Schwange waren. Schliesslich ist eine Anklageschrift gegen ihn zu stande gekommen, in der ihm unter Anderem die missbräuchliche Verwendung von alten Stiefeln zum Vorwurf gemacht wird. An einem Stück Zeug von 120 m Länge hätten 90 cm gefehlt! Es seien zu viel Arzneien verbraucht worden. Und schliesslich ist ihm seine Unklugheit zum Verbrechen angerechnet worden, dass er die Ersparnisse eines arbeitenden Kranken, der besonderes Vertrauen zu ihm hatte, in Höhe von 1000 Francs gegen Quittung in Depot genommen hatte. Eine peinliche Untersuchung wurde angestrengt; ehe aber das Gericht sein freisprechendes Urtheil fällte, wurde De Peron seines Amtes entsetzt und bald danach auf mindestens sehr unfreundliche Art aus seiner Wohnung gedrängt. Noch jetzt — nach Verlauf von einigen Monaten — ist Nichts geschehen, um ihn auch nur einigermaassen zu entschädigen. Ob De Peron wirklich politischen Cliquen zum Opfer gefallen ist, ist nicht ganz klar. Er selbst spricht sich in seiner Schrift nicht darüber aus. Persönliche Gehässigkeiten haben aber sicher eine erhebliche Rolle dabei gespielt.

In der Zeit, wo einer der wenigen ärztlichen Directoren einer belgischen Irrenanstalt kalt gestellt wird, kommt eine Besprechung des Entwurfs eines neuen belgischen Irrengesetzes durch Dr. Wellenbergh in der Monatsschr. für Criminalpsych. und Strafrechtsref. sehr gelegen. Das Project, das von 2 Juristen (ohne Mitwirkung von Irrenärzten!) ausgearbeitet ist, zielt darauf ab, die „schwarzseherischen" Irrenärzte möglichst unschädlich zu machen. Die Aufnahme

der Kranken wird natürlich nicht erleichtert, sondern möglichst erschwert und mit den umständlichsten Cautelen umgeben. Ferner soll der Staatsanwalt innerhalb der ersten 10 Tage jeden Eingesperrten besuchen und sein motivirtes Gutachten nebst den Notizen des Anstaltsarztes dem Gerichtspräsidenten übermitteln und dieser hat dann „unparteiisch" zu entscheiden, ob die Aufnahme gerechtfertigt ist. Aus einem solchen Entwurfe liest dann Wellenbergh, was nicht Wunder nehmen kann, u. a. heraus, dass in Belgien die unbegründete Aufnahme und Zurückhaltung geistig Gesunder in Irrenanstalten ein tägliches Vorkommniss sein müsse, dass die Irrenärzte nicht als Sachverständige in solchen Fragen angesehen würden, dass die Leitung und Verwaltung von Irrenanstalten durch Laien und Geistliche als das beste System gelte u. s. f. Er schliesst seine Besprechung mit den Worten: „Einstweilen wird wohl die Irrenpflege Belgiens eine Schmach für das Land bleiben". G.

— **Lübeck**, 27. Juni. In der Bürgerschaftssitzung wurde ein Antrag des Senats genehmigt, auf der Gemarkung Strecknitz eine neue Staatsirrenanstalt mit einem Kostenaufwande von rund 1 400 000 M. zu erbauen. Da der Staat durch den Verkauf des alten Anstaltsgrundstückes etwa 400 000 M. wieder zurückerhalten dürfte, so beträgt das thatsächliche Opfer für die Staatsirrenanstalt nur noch eine Million Mark. Durch Annahme eines neuen Kostgeldtarifes hofft man ferner den Staatszuschuss, der im Jahre 1903 noch rund 73 000 M. betrug, um etwa 26 000 M. zu vermindern.

— **Ein schwimmendes Irrenhaus.** Der Frankfurter Zeitung wird aus Tschifu (6. Juni) geschrieben: „Das Lazarethschiff „Maru" brachte den Rest der kranken russischen Soldaten aus den Hospitälern von Port Arthur nach Tschifu, wo sie mit dem Dampfer „Whampoa" nach Odessa weitertransportirt werden. Es waren lauter Geisteskranke. Die „Whampoa" war in Schanghai für diese ungewöhnliche schwierige Reise besonders ausgerüstet worden. Die zur Aufnahme der Kranken bestimmten Kabinen waren an allen Wänden gepolstert (??) und man hatte besonders dafür gesorgt, dass den Kranken keinerlei Gelegenheit gegeben war, sich an irgend welchen spitzen Gegenständen zu verletzen. Um das Vorder- und das Achterdeck war ein über zwei Meter hohes weitmaschiges Drahtnetz gezogen, um ein Ueberbordspringen der Kranken während ihrer Promenaden auf Deck unmöglich zu machen. Aeusserlich war der Zweck des Schiffes schon durch ein grosses rothes Kreuz kenntlich gemacht, dass sich leuchtend vom weissen Schiffsrumpf abhob. Dank der Umsicht des Kapitäns war bei Ankunft der „Maru" auf der „Whampoa" alles bereit zum Empfang der kranken Russen, und diese wurden verhältnissmässig rasch durch Dampfbarkassen von einem Dampfer zum andern gebracht. Von den ungefähr 45 Kranken sind zwei Drittel ziemlich harmlos, grösstentheils schwermüthig und apathisch, sie machen daher ihren Wärtern, von denen nicht weniger als drei jedem Kranken zugetheilt sind, nur wenig Schwierigkeiten. Die übrigen Kranken sollen allerdings geistig völlig gestört sein. Ausser den Wärtern befindet sich noch eine ganze Anzahl von Aerzten und barmherzigen Schwestern an Bord".

— **Eröffnung der neuen Nervenabtheilung der psychiatrischen Klinik in Jena.** Am 17. Juli fand die feierliche Eröffnung der neuen Nervenabtheilung der psychiatrischen Klinik in Jena vor einem Kreise geladener Gäste statt. Erschienen waren Vertreter der Regierung, der Universität, der Stadt, der Thüringischen Landes-Versicherungsanstalt und der Carl Zeiss-Stiftung, die einen grossen Theil der Mittel hergegeben hat, sowie eine Reihe früherer Aerzte der psychiatrischen Klinik und andere Herren.

In seiner Eröffnungsrede setzte der Leiter der psychiatrischen Klinik, Herr Geh. Med.-Rath Binswanger, die Zwecke und Ziele auseinander, welchen diese neue **Volksnervenheilstätte** dienen soll.

Die neue Nervenabtheilung ist ein stattliches, im Villenstil ausgeführtes Gebäude, mit lichten, luftigen Wohn- und Schlafräumen. Grosse Veranden umgeben den Bau auf der Ost- und Südseite in drei Stockwerken und ermöglichen während der guten Jahreszeit die ausgiebigste Freiluftbehandlung. Der Eingang ist völlig getrennt von dem zur psychiatrischen Klinik.

Der wirthschaftliche Betrieb der Nervenabtheilung wird von der Hauptanstalt aus geleitet. Den ärztlichen Dienst versehen ein Assistenzarzt und ein Volontärarzt, den Krankendienst ein Stationspfleger und eine Oberschwester mit zwei Pflegern resp. Pflegerinnen.

— Der in dieser Wochenschrift seiner Zeit angekündigte psychiatrische Fortbildungskursus in **Uchtspringe** ist abgehalten worden bei einer Theilnehmerzahl von 25 Aerzten, von denen etwa die Hälfte in dem Anstaltshôtel Wohnung genommen hatten. Letzteren war Gelegenheit geboten, Morgens an den Visiten sich zu betheiligen, sowie die eingehendere Beobachtung und Begutachtung einzelner Fälle zu übernehmen. Auch war für sie ein theoretisch-practischer Kursus über Stoffwechsel-Untersuchungen bei Geisteskranken und Epileptikern vom Oberarzt Dr. Hoppe im reich ausgestatteten Anstaltslaboratorium veranstaltet. Jeden Abend von 6–8 Uhr hielt Director Alt Vorträge, in denen er das Gesammtgebiet der Psychiatrie vorzugsweise nach der practischen und forensischen Seite behandelte, reich illustrirt aus dem grossen Anstaltsmaterial.

— **XXX. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 27. und 28. Mai 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg i. B.). Anwesend 135 Mitglieder. (Fortsetzung.)

18. Dr. F. Blum (Frankfurt): Ueber die specifische Behandlung des Morbus Basedowii.

19. Dr. R. J. Schütz (Wiesbaden): Ueber eine schwere Form von Colonspasmus.

Schütz hat in den letzten Jahren bei zwei Mädchen und einer Frau im Alter von 19—22 Jahren eine schwere Form von chronischem Colonspasmus beobachtet, wie sie bisher nicht beschrieben worden ist.

Der Colonkrampf dauerte zur Zeit der Beobachtung 5—7 Wochen und war mit völliger Verstopfung und den heftigsten Schmerzen verbunden. Die Kran-



ken boten ein Bild schwersten Krankseins. Der Spasmus ist bei zwei Patientinnen, die Schütz weiter verfolgen konnte, seither noch häufig aufgetreten und hat bei der einen zur Entfernung des Processus vermiformis Anlass gegeben, ein Eingriff, der ohne jeden Erfolg blieb.

Das eigenartige Krankheitsbild — ein Zustand maximaler Contraction des Colon, die ohne Unterbrechung wochenlang besteht — wird verständlich im Hinblick auf die Bleikolik, nur dass es sich nicht um die Wirkung eines von aussen eingeführten Giftes, sondern um eine abnorme Erregbarkeit des Darmnerven-Systems handelt. Vortr. bespricht kurz Pathologie, Diagnose, Prognose und Therapie.

Der Vortrag erscheint demnächst im Archiv für Verdauungskrankheiten.

20. Dr. van Oordt (St. Blasien i. Schw.): Therapeutische Erfahrungen bei der Basedow'schen Krankheit.

Der Anschauung von der thyreogenen Aetiologie der Basedow-Krankheit verdanken wir eine Anzahl als specifisch geltender Behandlungsmethoden. Es sind dies die Strumektomie, die Behandlung mit Thyreoidin und Jodothyrin, mit Thyreoidserum Möbius-Merck, mit Rodagen, mit dem Serum thyreoidisirter Kaninchen, Hunde und Ziegen, mit der Milch thyreoidectomirter Thiere nach Lanz und Göbel, und den Tabletten aus dem Blute thyreoidectomirter Ziegen nach Madsen. Verfasser hat 18 Fälle beobachtet, die nach einer oder mehreren der vorgenannten Methoden behandelt sind. Die Strumektomie setzte in 4 Fällen die Pulsfrequenz herab, und liess in 2 derselben die erweiterten Herzgrenzen zurückgehen unter Hebung des Körpergewichtes und Besserung des psychischen Verhaltens. Vom Thyreoidin sah er keinen Erfolg; bei 5 mit Thyreoidserum Behandelten ist subjective Besserung in 2 Fällen erzielt worden und die Pulsfrequenz herabgesetzt, die Struma nur in einem Falle etwas beeinflusst worden. Etwas besser sind die Erfolge mit Rodagen. Die Madsenschen Tabletten wurden erfolglos genommen. Die Lanz'sche Milch schaffte vorübergehende Besserung des Allgemeinbefindens während des Gebrauches. Alle 18 Kranke sind auch heute noch als Basedow-Kranke anzusehen. Vortr. stellt in einer Statistik seiner während der letzten 10 Jahre behandelten 66 Basedow-Fälle fest, dass die Behandlungsresultate unter der elektrotherapeutischen, klimatischen, physikalisch-diätetischen und sedativen Behandlung mindestens gleich günstig waren, und empfiehlt auch fernerhin diese Therapie in den Vordergrund zu stellen bei gleichzeitigen Behandlungsversuchen mit einem der oben genannten, sogenannten Specifica, besonders mit dem Rodagen. Gute Erfolge sah er auch von periodischer Application eines Eisbeutels auf die Struma. Die Strumektomie ist nur in rasch progressiven und solchen Fällen zu versuchen, die sich erfolglos der neurologischen Behandlung anvertraut haben oder aus socialen Gründen nicht unterziehen können.

21. Prof. Dr. Weygandt (Würzburg): Dementia praecox und Idiotie.

Bei einer Reihe von Fällen der Dementia praecox zeigt die Vorgeschichte imbecille Veranlagung von Jugend auf; es handelt sich nicht nur um eine sogenannte Pfropfhebephrenie, sondern auch eine typische Katatonie und paranoische Demenz kann sich auf imbeciller Basis entwickeln.

Daneben wurden seit langem bei tiefstehenden Idioten bizarre Körperhaltungen, Grimassiren, rhythmische Bewegungen, sinnlose rhythmische Sprachäusserungen und ähnliche sogenannte Tics beobachtet, auch ein ablehnendes oder negativistisches Verhalten, sowie Andeutungen von Befehl-Automatie; bekannt ist weiterhin vielfach die auffallend schwache Entwicklung der affectiven Sphäre, die ja mit den Anlass zur Aufstellung des Begriffes der moral insanity gegeben hatte. Allerdings decken sich die letzteren Fälle nicht mit den durch jene Tics characterisirten.

Kraepelin suchte neuerdings die Idioten mit unzugänglichem störrischem Wesen, Haltungsstereotypien, Maniren, Schrullen, rhythmischen Bewegungen u. s. w. als Frühform der Dementia praecox aufzufassen. Indess lässt sich bei eingehender Analyse zahlreicher Fälle von Idioten mit solchen Tics gewöhnlich feststellen, dass ihrem Defect eine bestimmte cerebrale Ursache zu Grunde liegt, sowohl Entwicklungshemmung wie auch früh einsetzende Hirnentzündungen, Porencephalie, Hirnatrophie, chronische Meningitis, Hydrocephalie, auch Mongolismus. Es sind in solchen Fällen die Tics viel ungezwungener, ebenso wie der idiotische Blödsinn durch eben diese verschiedenen, die Hirnentwicklung störenden Ursachen zu erklären.

Gerade bei Imbecillen, aus denen sich die sogenannten Propfhebephrenieen recrutiren, finden sich Tics verhältnissmässig selten.

Es ist weiterhin zu betonen, dass solche Tics keineswegs pathognomonisch für Dementia praecox sind, sondern auch bei andern Psychosen, wie Paralyse, Epilepsie u. s. w. vorkommen können.

Ferner wurden auch Uebergänge von Imbecillität zum manisch-depressiven Irresein, die Vereinigung von Imbecillität mit Hysterie, sowie das Auftreten von Paralyse auf imbeciller Basis beobachtet.

Schliesslich ist zu betonen, dass Andeutungen jener ticartigen Symptome auch auf früher Stufe der normalen Kindesentwicklung zu beobachten sind, negativistische und Echo-Symptome, Grimassiren, gezwungene Haltungen, rhythmische Bewegungen und selbst sprachliche Aeusserungen, die sich von denen der Dementia praecox kaum unterscheiden.

Es handelt sich damit bei jenen Tics der Idioten keineswegs um Symptome einer früh einsetzenden Dementia praecox, wohl aber um Zeichen, die die Pathogenese der Dementia praecox selbst beleuchten können, insoferne sie sich darstellen als ein Rückfall auf eine Frühstufe der Kindesentwicklung, in der als erste Vorstufe der Zweckhandlung lediglich eine Auslösung psychomotorischer Antriebe in der stimmlich-sprachlichen, wie in der sonstigen muskulären Sphäre stattfindet.

22. Dr. Roemheld: Ueber den Korsakow-schen Symptomenkomplex bei Hirnlues.

Das Korsakow'sche Syndrom, das im wesentlichen



aus hochgradiger Störung der Merkfähigkeit bei relativ gutem Erinnerungsvermögen für die Vergangenheit, aus zeitlicher und örtlicher Desorientirtheit und Neigung zu Fabulationen und Pseudoreminiscenzen besteht, ist bis jetzt bei Hirnlues noch nicht beobachtet worden.

R. berichtet über einen Fall von Hirnlues bei einer 46 jährigen Dame. Somatisch fand sich: Druckempfindlichkeit der linken Schädelhälfte, fast ganz erloschene Pupillenreaction, Schlaffheit der rechten Gesichtshälfte, Abweichen der Zunge nach rechts, klonische Zuckungen der rechten Gesichtshälfte und bisweilen auch der rechtsseitigen Extremitäten, Stauungspapille links mehr als rechts, S. l. $^4/_8$, r. $^4/_4$, Aufgehobensein des rechten Patellarreflexes, während er links schwach war. Dazu kamen vorübergehend Blasen- und Mastdarm-Incontinenz. Das psychische Verhalten zeigte einen Stupor, wie man ihn bei Hirntumoren bisweilen findet, ferner hochgradige Störung der Merkfähigkeit für optische und acustische Reize bei ziemlich gutem Erinnerungsvermögen für die Vergangenheit, vollständige örtliche und anfangs auch zeitliche Desorientirtheit. Die Kranke fabulirte viel, theilweise in phantastischer Weise, theils in Form von sog. Verlegenheitsfabulationen. Das intellectuelle Verhalten der Patientin zeigte keinen gröberen Defect. Auf Schmierkur keine Besserung, wohl aber auf intensive subkutane Jodipinanwendung. Völliges Schwinden der psychischen Störung. Zurück blieb ein Erinnerungsdefect, der sich auf $^3/_4$ Jahre erstreckte. Somatisch blieb eine gewisse Neigung zu leichten Schwindelanfällen und Abblassung der Papillen zurück. Da Alkoholismus bei der Patientin ausgeschlossen ist, dürfte die Hirnlues, die sich pathologisch-anatomisch wohl theils als diffuse arteritische Erkrankung, theils als ein in der linken Hemisphäre cortical bez. subcortical sitzendes Gumma manifestirt hat, Ursache des Korsakow'schen Syndroms gewesen sein. Ob die intracranielle Drucksteigerung oder die syphilitische Intoxication speciell die psychische Störung bedingt haben, lässt Verfasser unentschieden, neigt sich aber eher der letzteren Auffassung zu.

(Fortsetzung folgt.)

Referate.

— Die Prinzessin Luise von Sachsen-Coburg und Gotha geb. Prinzessin von Belgien. Eine forensisch-psychiatrische Studie von Oberjustizrath Dr. Frese in Meissen. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 1905. Preis 2 M.

Seitdem die Tageszeitungen berichtet haben, die Prinzessin Luise von Coburg wäre von den Pariser Aerzten für geistig gesund erklärt worden, ist das Interesse für dieselbe von neuem wach geworden. Die Sensationspresse hat natürlich das Ereigniss ohne Kenntniss der näheren Umstände benutzt, um von neuem den Stand der Irrenärzte anzugreifen. Welcher Ton dabei meist angeschlagen wird, erhellt u. A. aus der vor kurzem erschienenen Schrift: „Der Bankerott der Psychiatrie", in welcher die psychiatrische Wissenschaft deshalb für bankerott erklärt wird, weil ihre Vertreter unfähige Ignoranten seien. Welche Gewähr der Verfasser dieser Schrift für sachliche Kritik bietet, geht aus dem Umstande hervor, dass er früher Contorist war und (wie Oberjustizrath Frese nachweist) ein wegen Betrugs etc. zu 18 Monaten Kerker verurtheilter „Schriftsteller" ist.

Um so freudiger ist es daher zu begrüssen, dass ein berufener Autor, der Vorstand des Amtsgerichts Meissen, welches für Coswig, den 5 jährigen Aufenthaltsort der Prinzessin, zuständig ist, die Feder ergreift, um auf Grund des amtlichen Materials Aufklärung zu geben. Er schildert in übersichtlicher Darstellung den ganzen Lebensgang der Prinzessin und giebt in den Anlagen die über den Geisteszustand derselben erstatteten Gutachten wieder, das französische in einer von ihm selbst gelieferten Uebersetzung. Den Kernpunkt der Abhandlung bildet natürlich die Beantwortung der Frage: Wie ist die grosse Differenz der Gutachten zu erklären? Verf. weist nun eingehend nach, dass die früheren Gutachten, welche die grössten Autoritäten Deutschlands und Oesterreichs abgegeben haben, ihrem inneren Werth nach weit über dem Pariser Gutachten stehen. Während in den ersteren unter sorgfältiger Berücksichtigung der Anamnese und zahlreicher genauer Einzelbeobachtungen in überzeugender Weise nachgewiesen worden ist, dass die Prinzessin wegen erworbenen Schwachsinns unter Kuratel gestellt werden müsse und anstaltsbedürftig sei, setzen sich die französischen Psychiater in den schroffsten Gegensatz zur deutschen Gründlichkeit: sie haben ein Gutachten erstattet, welches in seiner Oberflächlichkeit und Unwissenschaftlichkeit geradezu verblüffend wirkt und da sie ausserdem ganz unberechtigter Weise die französischen Rechtsgrundsätze für die Entmündigung zu Grunde legten, so sind sie natürlich zu dem Schluss gekommen, dass weder die Entmündigung noch die Internirung in einer Anstalt nothwendig sei.

Die Art und Weise, wie Verf. die verschiedenen Gutachten kritisirt, beweist seine grosse Vertrautheit mit forensisch-psychiatrischen Fragen und gewährt bei der Lecture hohen Genuss.

Arnemann-Grossschweidnitz.

Personalnachrichten.

— Schleswig. Nachdem der bisherige Director der Prov.-Idiotenanstalt Dr. Stender, am 24. 5. a. cr. gestorben, wurde in der Ausschusssitzung vom 7. Juli dem Oberarzt der Prov.-Irrenanstalt zu Neustadt i. H., Dr. Zappe, diese Stelle übertragen. Dr. Rieper von der Provinzialirrenanstalt in Schleswig wurde zum Oberarzt in Neustadt ernannt.

Der Verstorbene verkaufte vor einigen Jahren seine Privat-Idiotenanstalt an die Provinz Schleswig-Holstein und wurde gleichzeitig und vertragsmässig als Director angestellt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 20. 12. August. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Provinzial-Irrenanstalt Owinsk. (Direktor Dr. Werner.)

Ueber die Wirkungsweise des Griserins.

Von Dr. *Spornberger*, königl. Militäroberarzt, z. Zt. Volontärarzt der Provinzial-Irrenanstalt.

In der Berliner klinischen Wochenschrift vom 24. Oktober 1904 erschien ein Artikel von K. Küster: Ueber eine erfolgreiche Behandlung der Schwindsucht und anderer schwerer Infectionskrankheiten durch ein inneres Desinfectionsmittel. Als ein solches stellte sich nach den Ausführungen des Herrn Verfassers das Griserin dar. Es sollte dieses Mittel — Loretin; Meta-Jod-ortho-oxy-Chinolin-ana-Sulfonsäure mit einem Zusatz von Alcalien — in erster Linie bei der Lungenschwindsucht, ferner aber auch in allen Fällen, wo „irgendwo Bacillen als Ursache des Leidens vermuthet werden konnten" mit Erfolg anzuwenden sein. Eine starke Einwirkung des Griserins bei Schwindsüchtigen sollte unverkennbar sein. Nach kurzer Zeit einer Steigerung der Krankheitserscheinungen bessere sich der Appetit, dies schaffe schnell eine Gewichtszunahme, das Fieber ginge bald herunter, die Nachtschweisse verlören sich, ein allgemeines Wohlbefinden stelle sich ein. Die Mittheilung so schöner Erfolge veranlasste uns zur Nachprüfung obiger Angaben. Im Auftrage meines Chefs, des Herrn Direktor Dr. Werner, wandte ich das Mittel bei 9 unserer Kranken und bei 2 Pflegern an. Die Versuche wurden in folgender Weise angestellt: Um ein möglichst sicheres Vergleichsmaterial zu gewinnen, wurden die Kranken, welche später mit Griserin behandelt werden sollten, zunächst 2 Monate hindurch einer besonders genauen Beobachtung unterzogen. Es bestand dieselbe darin, dass wir bei den Kranken während dieser Zeit genaueste Temperaturmessungen vornahmen, dass wir wöchentlich ihr Körpergewicht feststellten und dass wir den Auswurf, so oft als möglich, auf Tuberkelbacillen untersuchten. Nach Ablauf der beiden Beobachtungsmonate begannen wir mit der Darreichung des Mittels und fuhren mit Fiebermessungen, Untersuchung des Auswurfs und Feststellung des Körpergewichts fort. Auch in der Verpflegung der betreffenden Kranken wurde im Vergleich zu den beiden Monaten vorher nichts geändert. Im folgenden gebe ich in möglichst gedrängter Kürze die Resultate unserer Beobachtung bei den einzelnen Kranken.

Fall 1. Pfleger G., 35 Jahr alt, mittelgross, am 17. März 1904 wegen tuberkulöser Halsdrüsen operiert, leidet z. Zt. noch an einer geringen Verdickung der Unterkieferdrüsen; Brustkorb lang, schmal, von geringer Tiefe. Klopfschall über rechter Lungenspitze etwas verkürzt, daselbst rauhes Atmen ohne Nebengeräusche. Temperatur während der ganzen Zeit der Beobachtung und Behandlung zwischen 36,2 und 37,2; Auswurf nicht vorhanden; Tuberkelbacillen nicht nachgewiesen. Körpergewicht in den ersten beiden Monaten 72 kg, nach 14tägiger Griserin-Darreichung auf 73½, dann in weiteren 2 Monaten auf 74½ kg steigend. Während der Beobachtungsmonate täglich 1 geformter Stuhl, nach Beginn der Behandlung täglich meist 2 breiige Stühle. Appetit gut, subjektives Wohlbefinden. Objektiv weder an den Drüsen, noch auch an den Lungen eine Aenderung wahrnehmbar.

Fall 2. Pfleger K., 45 Jahr alt.

Während der nur 8 Tage währenden Beobachtungszeit hoch fiebernd, Temperaturen zwischen 38,0 und 39,7, im Auswurf reichlich Tuberkelbacillen, starke Nachtschweisse. Körpergewicht 62 kg.

Lungenbefund:

Brustkorb kurz, breit, links vorn stärker gewölbt als rechts: Brustwirbelsäule im oberen Theile ausserordentlich stark nach vorn gekrümmt, in der unteren Hälfte nahezu in spitzem Winkel nach hinten und links hervorspringend. Athmung angestrengt und beschleunigt. Schulterblätter stehen vom Brustkorb weit ab. Schlüsselbeingruben namentlich rechts tief. Ueber denselben Klopfschall deutlich gedämpft und bronchiales Athmen. Puls unregelmässig, leicht zu unterdrücken. Nach Darreichung von Griserin Leibschneiden, Vermehrung der Stühle auf täglich. Tempe-



ratur gänzlich unbeeinflusst, Husten und Auswurf in erheblichem Maasse vermehrt. Nachtschweisse nach wie vor vorhanden; Körpergewicht stetig zurückgehend. Keine Aenderung des physikalischen Lungenbefundes. — Exitus. — Sektion nicht erfolgt.

Fall 3. Kranker B., 22 Jahr alt.

Während der Beobachtungszeit Temperaturen im allgemeinen zwischen 36° und 37,2, einmal an 2 Tagen geringes Fieber 37,9 und 38,3, Körpergewicht steigend von 57 kg auf 66 kg, nebenhergehende wesentliche Besserung des psychischen Befindens. Lungenbefund: Brustkorb lang, schmal, flach; rechte Oberschlüsselbeingrube tief, darüber verkürzter Klopfschall und rauhes Athmen mit vereinzelten klingenden Rasselgeräuschen, Tuberkelbacillen. Stuhlgang regelmässig, einmal täglich. Stuhl geformt. Nach Griserin-Darreichung wurde ein Einfluss auf die Temperatur nicht beobachtet. Der Stuhl wurde breiig, erfolgte nur 1 mal täglich. Das Körpergewicht stieg vorübergehend auf 68 kg, ging dann aber wieder auf 65 kg zurück. Allgemeinbefinden gänzlich unverändert, ebenso der physikalische Lungenbefund. Im Auswurf Tuberkelbacillen in gleicher Menge wie vorher.

Fall 4. Kranker K., 27 Jahr alt. Während der Beobachtungszeit Temperaturen zwischen 36,0 und 37,6, Körpergewicht steigend von 50 kg auf 53 kg. Lungenbefund: Brustkorb flach, lang, rechte Oberschlüsselbeingrube eingesunken, darüber rauhes Athmen und kleinblasige, klingende Rasselgeräusche. Tuberkelbacillen. Stuhlgang regelmässig einmal täglich; Stuhl geformt. Während der Griserin-Behandlung vorübergehende Temperatursteigerungen auf 38,3. Stuhl meist 2 mal täglich, breiig. Körpergewicht am Schluss der Beobachtung 55 kg. Allgemeinbefinden und Lungenbefund unverändert.

Fall 5. Kranker N., 44 Jahr alt. Während der Beobachtungszeit Temperaturen zwischen 36,0 und 37,3. Körpergewicht steigend von 46½ kg auf 47½; Befund: phthisischer Habitus, Schlüsselbeingruben stark eingesunken. Ueber der rechten Lungenspitze gedämpfter Klopfschall, Knisterrasseln. Auswurf reichlich, in demselben zahlreiche Tuberkelbacillen. Stuhlgang regelmässig. Während der Griserin-Behandlung Stuhl öfters 2 mal täglich von breiiger Consistenz, Körpergewicht 47½. Im Auswurf Tuberkelbacillen in gleicher Menge wie vorher. Allgemeinbefinden und Lungenbefund unverändert.

Fall 6. Kranker F., 21 Jahr alt. Temperaturen dauernd zwischen 36,2 und 37,5, Körpergewicht während der Beobachtungszeit steigend von 55 kg auf 58 kg. Lungenbefund: Linke Schlüsselbeingrube etwas eingesunken, darüber verkürzter Klopfschall und rauhes Athmen. Ziemlich viel Husten. Sputum wird meist verschluckt. Einmal gelingt es, Auswurf zu erhalten, in demselben vereinzelte Tuberkelbacillen. Stuhlgang regelmässig, einmal täglich. Während der Griserin-Behandlung Vermehrung der Stühle. Körpergewicht, Allgemeinbefinden und Befund an den Lungen blieben unverändert.

Fall 7. Kranker T., 37 Jahr alt. Temperaturen während der ganzen Dauer der Beobachtung und Behandlung zwischen 36,5 und 37,3. Körpergewicht ging von 48 auf 47 kg zurück. Lungenbefund: Links oben deutliche Dämpfung. Tuberkelbacillen vor und nach der Behandlung mit Griserin. Stuhlgang nach Griserin öfters diarrhöisch.

Fall 8. Kranker C., 48 Jahr alt. Während der Beobachtungszeit Temperaturen zwischen 36,7 und 38,0. Körpergewicht: 57 kg. Auswurf wird meist verschluckt, in demselben zahlreiche Tuberkelbacillen. Stuhlgang regelmässig, Allgemeinbefinden leidlich. Während der Behandlung mit Griserin deutliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Klagen über Appetitlosigkeit, Leibschneiden, Abnahme des Körpergewichtes bis zu 49 kg, Ansteigen der Temperatur bis zu 39,0 und darüber. Schnelle Zunahme aller objektiv wahrnehmbaren Krankheitserscheinungen. Auftreten von Kurzathmigkeit, Erschwerniss der Athmung. Zunahme der Tuberkelbacillen im mikroskopischen Bilde. Griserin deshalb nach 4 wöchentlicher Darreichung ausgesetzt. Exitus. Sektion nicht erfolgt.

Fall 9. Kranker L., 30 Jahr alt. Temperaturen während der Beobachtungs- und Behandlungszeit bis 39,0 und darüber. Körpergewicht anfangs 57 kg, fiel während der Behandlung mit Griserin auf 51½ kg. Husten und Auswurf reichlich. In letzterem zahlreiche Tuberkelbacillen. Husten und Auswurf, sowie die Krankheitserscheinungen auf den Lungen nahmen während der Griserin-Behandlung stetig zu, Appetit und Allgemeinbefinden verschlechterten sich sichtlich. Das Mittel wurde deshalb, nachdem es 8 Wochen gegeben war, ausgesetzt.

Fall 10. Kranke M., 23 Jahr alt. Fieber während der Beobachtungs- und Behandlungszeit gleich hoch. Husten und Auswurf nach Griserin-Gaben verstärkt. Tuberkelbacillen reichlich sowohl vor als nach derselben. Körpergewicht ging stetig zurück. Appetit und Allgemeinbefinden verschlechterten sich sichtlich. Griserin wurde ausgesetzt. Exitus. Bei der Sektion fand sich im linken Oberlappen eine faustgrosse Kaverne mit reichlichem eitrigen Belag. Der Unterlappen zeigte sich durchsetzt von zahlreichen hirsekorngrossen weisslichen Herden. An der rechten Lunge zeigte sich sowohl der Ober- als auch der Mittellappen mit der Brustwand verwachsen. Fast der ganze Oberlappen war von einer grossen Kaverne eingenommen, im übrigen wies die rechte Lunge die gleiche Beschaffenheit wie die linke auf.

Fall 11. Kranke P. bekam nach etwa 5 tägiger Verabreichung von Griserin eine recht erhebliche Darmblutung, das Mittel wurde deshalb ausgesetzt.

Betrachte ich nun noch einmal zusammenfassend die oben geschilderten Fälle, so ergiebt sich, dass in Fall 1 während der Griserin-Behandlung das Körpergewicht zwar um 2½ kg zunahm, dass aber weder an den Lungen, noch auch an den Unterkieferdrüsen eine Wendung zum Besseren zu beobachten war. In Fall 3 betrug das Körpergewicht am Ende der Griserinbehandlung 1 kg weniger als am Ende der Beobachtungszeit, im übrigen war eine Aenderung nicht festzustellen. Bei Fall 4 beobachteten wir nach

den Griserin-Gaben höhere Temperaturen als vorher. Ein geringes Steigen des Körpergewichts um 2 kg war festzustellen, sonst aber blieb der Befund unverändert. Ebenso konnten wir bei Fall 5 und 7 eine wesentliche Aenderung nicht feststellen. In allen Fällen war eine abführende Wirkung des Griserins zu beobachten. Die Behauptung Küsters, dass die Wirkung des Griserins eine ideale sei, haben wir also schon in diesen Fällen nicht bestätigt gefunden, bestärkt wurden wir in dieser Meinung jedoch noch durch die Resultate der Beobachtung der übrigen Fälle. Hier zeigte es sich, dass wir das Griserin durchaus nicht als harmloses Mittel zu betrachten haben. Bei Fall 2 sahen wir, dass starke Leibschmerzen auftraten, dass Husten und Auswurf in einer für den Kranken lästigen Weise vermehrt wurden, dass das Körpergewicht stetig zurückging. Bei Fall 8 beobachteten wir eine deutliche Verschlechterung des Allgemeinbefindens, Ansteigen der Temperatur, Klagen über Leibschneiden und Appetitlosigkeit, Abnahme des Körpergewichts, Zunahme aller objectiv wahrnehmbaren Krankheitserscheinungen, die gleichen Resultate lieferten Fall 9 und 10. Bei Fall 11 bekamen wir schon zum Beginne der Behandlung eine erhebliche Darmblutung.

Nach alledem können wir nach unsern Erfahrungen die Behandlung Schwindsüchtiger mit Griserin, bei der wir nie Erfolge, in einigen Fällen dagegen deutliche Misserfolge sahen, durchaus nicht empfehlen. Ich bemerke noch zum Schluss, dass wir das Griserin genau nach den uns von den Griserin-Werken übersandten Vorschriften anwandten.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Director Dr. Werner, sage ich noch an dieser Stelle für die Anregung zu dieser Arbeit meinen besten Dank.

Owinsk, im März 1905.

Ein Kurs der medicinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Unterricht der angeboren Schwachsinnigen für Aerzte und Pädagogen.

Von Professor Dr. *Sommer*.

In der Fürsorge für die angeboren Schwachsinnigen, sowohl für die in Anstalten untergebrachten, wie die in Familien lebenden, besonders auch die in Hilfsschulen unterrichteten und die in Zwangserziehung befindlichen, macht sich immer mehr eine methodische Schulung der betheiligten Aerzte und Pädagogen in medicinischer Psychologie mit Bezug auf die Psychopathologie des Kindes bemerklich.

Auf die Dauer wird in dem zur Zeit ausgebrochenen Streit über die Leitung der Anstalten für Schwachsinnige und in dem ganzen Gebiet der Behandlung geistig abnormer Kinder diejenige Gruppe durchdringen, welche die besten Kenntnisse über die Psychologie und Psychopathologie des Kindes hat und sie in richtige Art der Behandlung umsetzt. Es handelt sich also im Grunde um einen Wettstreit in der methodischen Erkenntniss, nicht um blosse Kraftproben der um die Führung streitenden Aerzte, Lehrer und Geistlichen.

Es ist möglich, dass auf die Dauer den Aerzten die Führung zufallen wird, während sie zur Zeit trotz aller Resolutionen auf Congressen vielfach nur eine bedauerliche Nebenrolle in der Fürsorge für die Schwachsinnigen spielen. Ersteres wird aber nur dann geschehen, wenn die Aerzte das Vorurtheil, dass sie in den Idiotenanstalten im wesentlichen nur den kranken Körper behandeln, durch eine eindringliche Beschäftigung mit medicinischer Psychologie und genaues Studium der psychophysischen Organisation der angeborenen Schwachsinnigen gründlich beseitigen.

Bei der Vereinigung des deutschen Hilfsschul-Verbandes in Mainz vom 14.—16. April 1903 und besonders bei den im Anschluss daran abgehaltenen Versammlungen der Theilnehmer in der psychiatrischen Klinik in Giessen am 16. April 03 hatte ich Gelegenheit, das lebhafte Interesse der Hilfsschullehrer an medicinisch-psychologischen Dingen kennen zu lernen. Der von mir damals gehaltene Vortrag betrachtete die Idiotie vom Standpunkt der Theraphie und Prophylaxe, und machte die medicinische Psychologie zur Voraussetzung des Erkennens und Handelns.

Bei dieser Versammlung wurde von mehreren Theilnehmern die Abhaltung eines zusammenhängenden Kurses über dieses Gebiet, besonders die psychophysischen Untersuchungsmethoden angeregt. Unterdessen habe ich die weiteren Vorbereitungen hierzu getroffen.

Es bietet sich nun im nächsten Frühjahr eine günstige Gelegenheit zur Ausführung des Planes.

Vom 10. bis 13. April 1906 soll in **Würzburg** der II. Kongress für experimentelle Psychologie



stattfinden. Im Hinblick auf diesen ist für den von anderer Seite geplanten Congress für Kinderkunde, Kindererziehung und Jugendfürsorge*) als Ort Frankfurt am Main in Aussicht genommen worden, sodass wohl auch eine zeitliche Anpassung zu erwarten steht. Es empfiehlt sich daher den geplanten Kurs im Anschluss an diese beiden Congresse, die von psychologisch interessirten Aerzten und Pädagogen besucht werden, abzuhalten, d. h. in der zweiten Hälfte des April 1906. Bevor ich an die weitere Vorbereitung gehe, möchte ich zunächst feststellen, ob aus den betreffenden Kreisen Theilnahme zu erwarten steht. Als Zeit wären ungefähr 5—7 Tage in Aussicht zu nehmen, da neben den Vorträgen über Idiotie, Idiotenanstalten, Familienpflege, Hilfsschulen, Zwangserziehung, jugendliches Verbrecherthum und damit verwandte Themata Zeit für die experimental-psychologischen Uebungen nöthig ist. Soweit meine Kräfte und die Hilfskräfte der hiesigen Klinik nicht reichen, müssten noch andere Vortragende herangezogen werden. Dabei hätten Studienfahrten in Idiotenanstalten, Zwangserziehungsanstalten, Besichtigung von Hilfsschulen u. s. w. zu geschehen.

Ein genaueres Programm werde ich erst aufstellen, falls sich eine genügende Zahl von Theilnehmern findet. Ich bitte daher die für die medicinische Psychologie besonders der Kindheit interessirten Personen, speciell Aerzte und Pädagogen, welche Neigung haben, an einem solchen Kurse theilzunehmen, ohne bestimmte Verpflichtung mir ihre Zustimmung zu erklären.

*) Vgl. den Aufsatz von Ament über diesen in der Zeitschrift für experimentelle Pädagogik, herausgegeben von Lay Meumann. I. Band 1905, S. 168—176.

Mittheilungen.

— **Psychologen-Kongresse**. Der II. Kongress für experimentelle Psychologie, veranstaltet von der deutschen Gesellschaft für experim. Psych., findet vom 10.—13. April 1906 in Würzburg statt. Vorsitzender des Lokalkomités ist Prof. Külpe.

Bei dem Kongress in Rom behandelten in allgemeinen Sitzungen: Flechsig: Hirnphysiologie und Willensfunktionen, Lipps: die Wege der Psychologie, Bianchi: La zona corticale del Linguaggio e l'Intelligenza, Sommer: Die Methoden zur Untersuchung von Ausdrucksbewegungen, Sciamana (unterdessen verstorben): Funzioni psychiche e corteccia cerebrale, Janet: Les oscillations du niveau mental, Sollier: La conscience et ses degrés.

Als Ort des nächsten internationalen Psychologenkongresses für 1909 wurde Genf bestimmt. Dem internationalen Komité gehören aus Deutschland, Oesterreich und der Schweiz an: Ebbinghaus, Ehrenfels, Erner, Flechsig, Flournoy, Forel, Hering, Külpe, Lipps, Meinong, v. Schrenck-Notzing, Stumpf, Sommer, Wendt. Die Theilnahme der psychologisch interessirten und geschulten Aerzte an diesen Kongressen ist sehr wünschenswerth. —r.

— **XXX. Wanderversammlung der Südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte** in Baden-Baden am 27. und 28. Mai 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke (Freiburg i. B.). Anwesend 135 Mitglieder. (Fortsetzung.)

23. Privatdocent Dr. R. Link (Freiburg i. B): Ueber den Babinski'schen Reflex.

Vortr. theilt Untersuchungen mit über das Auftreten dieses Reflexes bei Injectionen von Scopolaminum hydrobromicum, die zu Zwecken der allgemeinen Narkose oder als Sedativum für Geisteskranke angewendet wurden. Der Babinskische Reflex fand sich bei 31 von 36 Fällen; bei den 5 negativen waren zwei Patienten, die auch sonst ganz oder theilweise sich refractär erwiesen, drei hatten nur kleine Dosen, 0,00045, und dann in Abständen von einer oder mehreren Stunden 0,00015 erhalten und wurden erst 2½, 4 und 15 Stunden nach der ersten Injection untersucht. Bei allen, ausser bei 6 Patienten, die aber auch keinerlei Zeichen einer nervösen Erkrankung, welche Babinski'sches Phänomen bedingt, darboten, wurde vor oder nach der Narkose festgestellt, dass sie normalen Beugetypus der Zehen hatten. Die kürzeste Zeit für das Auftreten dieses somit bei Skopolamin-Injectionen fast constanten Reflexes, — in der Litteratur wird sein Auftreten nur von Kutun und Volkmann nebenbei erwähnt —, war einige Minuten nach Injection von 0,0012, die kleinste Dosis, nach der er beobachtet wurde, 0,0004. Das meist gleichzeitig injicirte Morphium veranlasste den Reflex sicher nicht, wie zweifelloses Auftreten desselben nach Injection von Skopolamin allein und das Vorhandensein eines lebhaften normalen Plantarreflexes in einem Fall schwerer Morphium-Vergiftung bewiesen. Die zur Anwendung kommenden Dosen waren 0,0002 bis 0,002 als Einzeldosis, 0,0012 mit zweimaliger Wiederholung und 0,00045 und dann mehrfach 0,00015. — Vortr. weist auf das auffallende Missverhältniss hin, das bestand in der meist vorhandenen Steigerung der tiefen Reflexe — öfters Fussklonus — und der von ihm und anderen Autoren beobachteten Herabsetzung des Muskeltonus: lediglich als Theilerscheinung einer allgemeinen Reflexsteigerung kann somit der Babinski'sche Reflex hier nicht aufgefasst werden. — Bei 6 Fällen konnte constant das Verschwinden des durch Skopolamin hervorgerufenen Babinski'schen Reflexes unter dem Einfluss von wenigen Cubikcentimetern Chloroform

nachgewiesen werden. — 14mal fand sich nur beim Streichen der Fusssohle Dorsalflexion der grossen Zehe, beim Stechen normale Plantarflexion; das umgekehrte Verhalten wurde nie beobachtet. — Vortr. hält das Phänomen für bedingt durch die functionelle Ausschaltung der Grosshirnrinde durch das Skopolamin, entsprechend dem Auftreten des Reflexes im tiefen physiologischen Schlaf und im epileptischen Koma. (Autoreferat.)

Der Vortrag erscheint in extenso im „Neurologischen Centralblatt".

24. Dr. Bayerthal (Worms): Ueber Spätmeningitis nach Schädelverletzungen.

Die Fälle, in denen der ärztliche Sachverständige sein Gutachten darüber abzugeben hat, ob eine Hirnhautentzündung als Folge eines Schädelbruches aufzufassen ist, sind verhältnissmässig häufig und bereiten bei der Beurtheilung meist keine Schwierigkeit. Weniger gilt dies für die auffallenden und ausserordentlich seltenen Fälle, in denen die Kranken längere Zeit nach scheinbar vollständiger Wiederherstellung noch an einer Meningitis zu Grunde gehen. Freilich wird auch hier, sobald sich bei der Section Hirnabscesse traumatischer Herkunft finden, die Deutung des ätiologischen Zusammenhanges keinen Schwierigkeiten begegnen. Wie verhält es sich aber in Fällen, wo diese Infectionsquelle nicht nachweisbar ist und zwischen Schädelfractur und Meningitis bereits Monate oder Jahre verflossen sind? Zur Beschäftigung mit dieser Frage gab Vortr. der folgende Fall Veranlassung:

26jähriger Tünchergeselle bis zu einer am 27. April 1901 erlittenen Basisfractur stets gesund. Auf Grund von Schwindelanfällen, die auf eine Labyrinthläsion zurückgeführt wurden, war eine Rente von 50% bewilligt worden. Bei der Nachuntersuchung am 8. VIII. 02 klagte der Verletzte ausser über häufig auftretende Kopfschmerzen ohne bestimmte Lokalisation noch über eine auffallende Abnahme seines Gedächtnisses. Am 21. IX. 03 acut einsetzende Meningitis, der P. nach 4 Tagen erlag. Die Section und microscopische Untersuchung (Nissl) ergaben das typische Bild der eitrigen Hirnhautentzündung. Benachbarte Eiterherde oder entfernte Infectionsherde, von denen die bacteriellen Krankheitserreger in das Gehirn hätten gelangen können, konnten nicht nachgewiesen werden. Das Interesse des Falles beruht auf dem ursächlichen Zusammenhang der Meningitis mit der beinahe 2 ½ Jahre zurückliegenden Schädelfractur. Vortr. nimmt an, dass bereits vor dem Einsetzen der Meningitis histologische Schädigungen im Gehirn bestanden haben, welche mit dem erlittenen Unfall in Zusammenhang zu bringen und als locus minoris resistentiae gegenüber den auf dem Wege der Blut- und Saftbahnen eingedrungenen Infectionserregern aufzufassen sind. Diese Annahme sei berechtigt, weil Gedächtnissdefecte, wie der im obigen Falle vorhandene, sich nicht selten nach Basisfracturen entwickeln (Graf, König) und auf eine Erkrankung des Gehirngefässapparates, möglicherweise auch der Ganglienzellen, zurückgeführt werden müssen. Die Frage, welche microscopischen Veränderungen des Gehirns das letztere zu einem locus minoris resistentiae gegenüber Microorganismen und ihren Toxinen machen, wird im Sinne Schultze's und Erb's (Curschmann's) beantwortet. — Dem Gutachten des Vortr. entsprechend hat die Berufsgenossenschaft den Hinterbliebenen des Verletzten die gesetzliche Rente bewilligt.

25. Dr. L. Merzbacher (Heidelberg): Das Auftreten von Lymphocyten in der Spinalflüssigkeit nach syphilitischer Infection.

Es wurden 26 Kranke (zumeist aus der Heidelberger Irrenklinik) punktirt, die mit grosser Wahrscheinlichkeit sich syphilitisch inficirt hatten und die zur Zeit der Untersuchung frei geblieben waren von allen Zeichen, die auf eine sogenannte organische Erkrankung des Nervensystems zurückgeführt werden können. Vier Kranke — sie werden einer besondern Gruppe zugerechnet — allerdings zeigten gewisse Läsionen des Centralnervensystems, doch diese Affectionen machen an und für sich erfahrungsgemäss keine Lymphocytose. — Von den 26 Kranken, bei denen allen mit Sicherheit der Verdacht einer beginnenden Paralyse oder Tabes aus dem klinischen Verlaufe der Erkrankung ausgeschlossen werden konnte, boten 23 einen positiven Befund, d. h. durch die Lumbalpunktion konnte eine in vielen Fällen recht beträchtliche Vermehrung der zelligen Elemente in der Cerebrospinalflüssigkeit aufgedeckt werden. 2 Kranke hatten einen zweifelhaften Befund, eine Kranke einen negativen; mit Abzug dieser 3 Fälle war also der Befund in 89,7% der Fälle positiv. Die Kranken litten an den verschiedensten Geisteskrankheiten (circuläres Irresein, Dementia praecox, Arteriosclerose etc., zwei waren Landstreicher, fünf puellae).

Verfasser vergleicht seine Befunde mit denen anderer Untersucher; aus der kritischen Verwerthung der Gesammtheit der Erfahrungen ergeben sich Deductionen, die geeignet erscheinen, die Haltlosigkeit der Lehre von der Meningitis oder der meningitischen Reizung als Ursache der Lymphocytose zu demonstriren. Bei dem heutigen Stande unserer Kenntniss kann man nur soviel aussagen, dass die syphilitische Infection als ein Noxe zu betrachten ist, die unabhängig von den klinischen Symptomen der Syphilis eine Hyperlymphocytose erzeugt durch uns noch unbekannte Alterationen des Mechanismus, durch dessen Thätigkeit die Lymphocyten in die Cerebrospinalflüssigkeit gelangen. (Autoreferat.)

Eine ausführliche Mittheilung erscheint demnächst im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie (Gaupp).

26. Privatdocent Dr. F. Jamin (Erlangen): Ueber Hautreflexe an den Armen.

Die oberen Extremitäten sind im Vergleich zu den unteren auffallend unempfindlich in Bezug auf Hautreflexe. Bei erhaltener willkürlicher Beweglichkeit der Arme treten auf schmerzhafte Reize an der Hand Abwehrbewegungen auf, bei Lähmungen, insbesondere bei der Hemiplegie, sind in der Regel keine deutlichen Hautreflexe an den Armen zu er-



zielen. Neuerdings hat Oppenheim einen Pronationsreflex bei der Diplegia spastica der Kinder beschrieben, C. Reuter eine reflectorische Streckbewegung bei einem Paralytiker.

Vortr. hat einen pathologischen Hautreflex am Arm jahrelang (zuerst 1902) bei einer vollkommen paraplegischen Kranken beobachtet, bei der anfänglich nur der rechte Arm eine hochgradige Parese vorwiegend der Strecker mit Beugecontractur im Ellenbogengelenk und in den Fingergelenken zeigte. Auf tiefen Stich in die Hohlhand oder die Fingerspitzen oder auf energischen Druck an einer Fingerkuppe erfolgte mit der schmerzhaften Empfindung zunächst eine kurze Abwehrbewegung im Sinne der fast ausschliesslich möglichen Beugung des Arms und der Finger. Dann aber trat, etwas verspätet, eine langsame, nicht willkürlich zu unterdrückende Streckbewegung ein: Abduction im Schultergelenk und Einwärtsrollung des Armes, Streckung im Ellenbogengelenk, Pronation und Volarflexion der Hand, Streckung und Spreizung sämmtlicher Finger mit Einschluss des Daumens. Nach einigen Secunden kehrte der Arm in die Beugecontracturstellung wieder zurück.

2 Jahre später war der rechte Arm vollkommen gelähmt, die Sensibilität blieb ziemlich gut erhalten, die Sehnenreflexe fehlten ganz. Der Streckreflex auf Stich in die Hohlhand war gleichwohl immer noch in gleicher Ausdehnung regelmässig auszulösen und zeigte sich nun auch am linken Arm, der nunmehr Schwäche der Streckmuskeln und Contractur der Beuger aufwies. Trotz völligen Fehlens der Sehnenreflexe blieb bis zum Tode ausgesprochene Hypertonie in beiden Armen bestehen, ebenso in den Beinen, die ebenfalls lebhafte Hautreflexe mit Babinski'schem Zehenphänomen und Oppenheim's Unterschenkelreflex zuletzt bei fehlenden Sehnenreflexen zeigten.

Bei der Anfangs d. Js. vorgenommenen Autopsie fand sich eine ausgedehnte multiple Sclerose mit völliger Entmarkung des Brustmarks und des oberen Halsmarks. Nur im unteren Halsmark und in einem Theil des Lendenmarks sind noch markhaltige Reste des Vorderseiten- und Hinterstrangs erhalten. Da aber auch in den marklosen Partieen fast durchwegs noch wohlerhaltene Axenzylinder nachweisbar sind, lässt sich die eigenartige, pathologische Reflexbewegung aus dem anatomischen Befund nicht mit Sicherheit deuten.

Aehnliche Streckreflexe an den Armen auf sehr schmerzhafte und anhaltende Reize — nicht auf Kälte- und nur selten auf Strichreize — waren nur in zwei weiteren Fällen mit dem klinischen Bilde einer fortgeschrittenen multiplen Cerebrospinal-Sclerose zu finden. Auch waren sie nachweisbar bei einem im Koma eingelieferten Pneumoniekranken neben schwachen Sehnenreflexen, leichter Hypertonie der Glieder, Babinski'schem und Oppenheim'schem Zeichen und dem von Oppenheim angegebenen Fressreflex. In diesem, wenige Stunden nach der Untersuchung letal verlaufenen Falle fand sich autoptisch nur ziemlich hochgradiges Oedem des Gehirns.

(Eigenbericht.)

27. Privatdocent Dr. M. Rosenfeld (Strassburg): Ueber Partialdefecte bei Katatonie.

R. berichtet über Endzustände von Katatonie, in denen festgestellt werden konnte, dass die Kranken die Fähigkeit verloren hatten, durch Betasten Gegenstände zu erkennen. Also eine Störung, welche man bei organischen Erkrankungen der Rinde und bei Rindenverletzungen als Tastlähmung zu bezeichnen pflegt. Diese Störung im Reiche des Tastsinnes wurde nur dann als sicher erwiesen betrachtet, wenn die Kranken die Prüfung auf die einfachen Tastempfindungen ohne jede Störung an sich vornehmen liessen, correcte, positive Antworten gaben und die sogenannten einfachen Empfindungsqualitäten, also Berührungsempfindung, Schmerzempfindung, Temperatursinn, Lageempfindung, Ortssinn und Drucksinn sich als intact erwiesen.

Man wird aus den an anderer Stelle mitzutheilenden Krankengeschichten entnehmen können, dass die Patienten zur Zeit der Prüfung genügend aufmerkten und dass vor allem nicht Negativismus und Vorbeiantworten die Antworten der Patienten beeinflusste. Die Kranken befolgten alle während der Untersuchung an sie gerichteten Aufforderungen, gaben positive Antworten, bezeichneten die von einem Reiz getroffenen Hautstellen durch Hindeuten mit der anderen Hand oder durch Bewegung der betreffenden Finger. Sie benannten die Gegenstände, falls sie den einen oder den andern richtig erkannten, mit dem richtigen Namen. Mit dem Gesichtssinne würden alle Objecte sofort richtig erkannt und benannt. Es liegt also zunächst kein Grund vor, Schwankungen der Aufmerksamkeit, Negativismus und Vorbeireaction für das Zustandekommen jenes Ausfalls verantwortlich zu machen. Die Thatsache, dass die Störung im Wiedererkennen von Gegenständen in einem Falle nur halbseitig bestand, wird auch für die Richtigkeit dieser Annahme sprechen. Das Wiedererkennen von Gegenständen durch Betasten verlangt zum Theil wenigstens complicirte associative Verknüpfungen einfacher Tastempfindungen, unter welchen das Lagegefühl und Muskelbewegungsvorstellung vielleicht die Hauptrolle spielen. Lissauer hat seiner Zeit schon die Behauptung ausgesprochen, dass die Fähigkeit, Gegenstände durch Betasten zu erkennen, mehr Intelligenz, d. h. complicirtere associative Leistungen erfordere, als das Wiederkennen durch andere Sinne.

Dann wäre also jener Ausfall auf dem Gebiete des Tastsinns ein Symptom von Demenz, ein Partialdefect, von dem es nur noch fraglich erscheint, ob er für bestimmte Formen der katatonischen Demenz characteristisch ist. Ich habe noch eine ganze Reihe von dementen Kranken auf diese Störung im Bereiche des Tastsinnes untersucht und fand dieselbe nur noch in zwei Fällen von Paralyse mit leichten Anfällen. Sonst nicht. Selbst in einem Fall von hochgradiger seniler Demenz mit vollständiger Aufhebung des Gedächtnisses und der Merkfähigkeit fehlte die Störung.

Es ist nun sehr auffällig, dass in den vier Fällen von Katatonie, in welchem sich die Störung im Be-



reiche des Tastsinns fand, primäre Störungen der psychomotorischen Innervationsverhältnisse lange Zeiten hindurch bestanden und das Krankheitsbild beherrschen. Darnach könnte es scheinen, als wenn die beschriebenen Partialdefecte im Gebiete des Tastsinns zu den motorischen Störungen der Katatonie in Beziehung stehen und nur mit den letzteren zusammen auftreten.

28. Dr. Pfersdorff (Strassburg i. E.): Die Prognose der Dementia praecox.

Auf Grund der Katamnese von 150 Fällen, welche von 1890 – 1900 zum ersten Male in der Strassburger Klinik beobachtet wurden, liessen sich folgende Verlaufsarten der Dementia praecox feststellen:

1. 100 Fälle, die im acuten Stadium und in der Remission katatonische motorische Reizerscheinungen boten.

In 75 Fällen trat keine Remission auf. Diese Kranken blieben dauernd internirt. In 23 Fällen schob sich nach dem ersten Anfall eine mehrjährige (von zwei bis zehn Jahren) Remission dazwischen ein. Während derselben finden sich die motorischen Reizerscheinungen des acuten Stadiums, sie sind jedoch weniger intensiv und treten phasenweise auf. Eine weitere Gruppe zeichnet sich dadurch aus, dass die Kranken oft Beschäftigung und Aufenthaltsort wechseln. Eine Anzahl Kranker konnte so für kürzere Zeitabschnitte Berufsarbeit leisten, je nach dem Stande der Intelligenz; das Sinken derselben tritt in dieser Gruppe nicht in den Vordergrund. Die Intelligenz war intact in sechs Fällen; als Vorläufer dieser traten nach dem ersten Anfall periodisch Phasen von mehrtägiger Dauer auf, in denen die Kranken reizbar und negativistisch sind; sie leisten volle Arbeit. Nach-Recidiv bei 4—12 jähriger Beobachtung.

Zu dieser ersten katatonischen Hauptgruppe sind noch Fälle zu rechnen, in denen sich im Verlaufe mehrerer Jahre ohne acute Reizerscheinungen, langsam eine Characterveränderung entwickelt. Die Demenz giebt sich vorwiegend in der Abnahme der Intelligenz kund. Die Interesselosigkeit beruht hier auf einer Einbusse an Vorstellungen. Auch hier sind periodische Erscheinungen vorhanden.

Die 2. Hauptgruppe (40 Fälle) ist dadurch ausgezeichnet, dass die motorischen Reizerscheinungen weniger ausgeprägt sind, dass die Schwankungen des Affectes das klinische Bild beherrschen. Die Schwäche des Affectes ist für diese Zustände characteristisch.

In 12 Fällen entwickelte sich die Demenz nach einer grösseren Anzahl meist nicht lange dauernder Depressionen. Die Demenz giebt sich kund in vollständiger Gleichgültigkeit bei erhaltenem geistigem Besitzstand. Trotz erhaltener Vorstellungen fehlt das Interesse. Diese Schwäche des Affectes zeigt sich auch in der Labilität der Stimmungslage. Bei diesen Fällen findet sich auch noch gezierte Sprechweise, Vorliebe für Sprüche, für Redensarten.

In 12 Fällen traten ebenfalls zahlreiche Depressionszustände auf. Dieselben sind dadurch bemerkenswerth, dass auf den geringsten Reiz eine starke Affectsreaction erfolgt. Die begleitenden excessiven, mimischen Bewegungen drücken der Affectäusserung den Stempel des Läppischen auf. Die Stimmung ist meist leicht depressiv, jedoch stets äusserst labil. Die Kranken produciren zahlreiche Wahnideen und Sinnestäuschungen. Der terminale Vorstellungsverlust ist nicht bedeutend, die Kranken werden jedoch durch die continuirlichen Affectschwankungen an einer geregelten Beschäftigung verhindert.

In 8 Fällen bestand dauernd motorische Erregung mit begleitender Euphorie. Stimmungswechsel und Beeinflussbarkeit fehlt. Im Laufe der Jahre lassen diese Reizsymptome nach; die Erregung äussert sich dann in hastigem Sprechen und Reizbarkeit. Die Kranken sind dauernd arbeitsfähig. In den Verlauf schieben sich Depressionen, Zustände motorischer Gebundenheit ein.

Solcher Intelligenzdefect, die letzte Gruppe (8 Fälle), ist dadurch ausgezeichnet, dass dauernd eine leichte Euphorie ohne sonstige Reizerscheinungen besteht. Stärkere Affectsreactionen können nicht mehr stattfinden. Die Kranken schildern sich selbst als „kalt“.

Sie leisten ihre regelmässige Arbeit und haben Interesse für diese. Periodische Symptome fehlen vollkommen. Recidive wurden nicht beobachtet, völlige Heilung wurde nicht vorgefunden. 16% der Kranken waren dauernd arbeitsfähig.

Schluss der Sitzung: 12 1/4 Uhr.

Referate.

— Heyne, B.: Ueber Besessenheitswahn bei geistigen Erkrankungszuständen. Paderborn, Verlag von Schöningh, 1904. 147 Seiten. 1,20 M.

Verfasser, Geistlicher einer westfälischen Heilanstalt, hat zum Gebrauche und zur Belehrung für Theologen obiges Büchlein zusammengestellt, in dem sich für diese Kreise manches Wissenswerthe finden dürfte.

Nach einer Einleitung über Illusionen und Hallucinationen beschreibt er verschiedene Formen von Geisteskrankheiten und zeigt, wie sich dabei bereits dämonomanische Vorstellungen einstellen können. Sodann bespricht Verf. unter dem Titel: Psychische Epidemieen, einige bemerkenswerthe Beispiele von Besessenheitswahn und weist die mancherorts noch behauptete wirkliche Besessenheit kurzerhand zurück. Die seinerzeit berühmten Fälle von Trennfeld und Strahlungen finden eingehende Erörterung, ebenso der Marsch der Duchoborzen in Canada als theomanisches Beispiel. Ohne Schonung der betheiligten Kreise werden alle falschen Beurtheilungen angeführt, und die Fälle als krankhafte Erscheinungen gedeutet. So lernt man aus Fehlern! Bisher bestärkte man die Kranken in ihrem Wahn und führte nicht selten eine nachtheilige Verzögerung einer nothwendigen Be-

handlung herbei, weil man glaubte eingreifen zu müssen, auch ohne die Fortschritte der Psychiatrie zu kennen. Deshalb auch die zahlreichen Täuschungen und Missgriffe von theologischer Seite. Beigefügt sind dreizehn entsprechende Abbildungen aus dem Weygandt'schen Atlas, die ihren Zweck, auch aus Haltung und Ausdruck auf Krankheit zu schliessen, nicht verfehlen werden Da, wo die seelsorgerische Behandlung von Geisteskranken besprochen wird, räth Verf. in überaus kluger Weise zu Zurückhaltung und Herbeiziehung eines Fachmannes. Er findet es bedauerlich, dass immer noch Geisteskrankheiten als solche nicht erkannt werden, und weist darauf hin, wie nicht selten der Geistliche berufen sei, hier aufklärend und vorbeugend wirken zu können, da er früher als der Arzt um Rath angegangen wird.

Das Büchlein zeigt dem Fachmann, wie auch die psychiatrischen Fortschritte langsam aber stetig weiten Kreisen bekannt werden, und deshalb kann man ihm nur eine möglichst grosse Verbreitung wünschen, damit es seinen Zweck erfülle.

Dr. med. et phil. Meyer, Münster.

— Rathenau: Aus den englischen Kriminalstatistiken für die Jahre 1899—1901. Goltdammer's Archiv für Strafrecht und Strafprocess. 50. Jahrg. 1. u. 2. Heft.

Das Jahr 1899 zeigt die geringste Zahl von Verbrechen, die zur Kenntniss der Polizei gelangten, seit 1857, während die grösste Zahl ins Jahr 1868 fällt. Schuld daran ist die günstige Finanzlage, das Steigen der Löhne, sowie die geringe Zahl von Zahlungseinstellungen und Strikes.

1899 weist 3 auffallende Erscheinungen auf, eine Zunahme der Selbstmordversuche, der Strafverfolgungen wegen Trunksucht und diejenigen wegen Spielens. Die Frauen sind mit 30% am ersten Delict betheiligt. Die grosse Zahl der Strafverfolgungen wegen Trunksucht hängt mit der günstigen Geschäftslage zusammen. Seit 1882 ist kein Fall von Hochverrath vorgekommen. Die Zahl der Sittlichkeitsdelicte nimmt im Allgemeinen zu seit 1857.

Die Zuchthausstrafen werden ziemlich hoch bemessen. Von den Geldstrafen wird ein ziemlich ausgiebiger Gebrauch gemacht.

Uebrigens wird der Angeklagte nach seiner Religion und — von Ausnahmen abgesehen — nach seinen Vorstrafen nicht gefragt.

Verf. bedauert, dass in der Statistik die Wirkungen des sog. „Criminal Evidence Act 1898" nicht dargestellt werden. Dieses Gesetz führte die eidliche Vernehmung des Angeklagten als Zeugen ein; jeder Angeklagte hat danach in jedem Stadium des Verfahrens das Recht, seine eidliche Vernehmung als Zeuge zum Zwecke seiner Vertheidigung zu verlangen. Vor allem wäre es interessant, zu erfahren, ob die in der Discussion geäusserte Befürchtung berechtigt ist, dass durch dieses Gesetz sich die Zahl der Meineide vermehrt. Ebensowenig lässt sich aber auch die Frage entscheiden, ob die hierdurch erhoffte Zunahme der Freisprechungen wirklich eintritt. Schultze.

— Klinische und kritische Beiträge zur Lehre von den Sprachstörungen. Von Dr. med. et phil. Gustav Wolff, Privatdocent in Basel. Mit Figuren. Leipzig, Verlag von Veit & Comp., 1904. 2,40 M.

Verf. kommt in dieser Schrift unter kritischer Würdigung der von Freund im Sinne seiner optischen Aphasie verwertheten eigenen und fremden Fälle, und an der Hand späterer derartiger registrirter Krankheitsbilder, sowie dreier eigener Beobachtungen, zu dem Schluss, dass die Einzelformen der Aphasie, als optische, taktile, akustische u. s. f., noch nicht mit genügender Sicherheit, wie dies Freund und andere annehmen, nachgewiesen sind.

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Tomlinson: The pathology of acute Delirium. American Journ. of Insanity. Vol. IX. 1903. Nr. 2. S. 233.

Verf. hat 87 Fälle von Delirien beobachtet und zwar bei 12 Männern und 11 Frauen Delirien acutum; bei den übrigen handelte es sich um Delirium im Gefolge von Alkoholismus, Uraemie, Syphilis, Pocken, Typhus, Sepsis, Pneumonie und Puerperium. Eine Beziehung der psychischen Erscheinungen zu der Höhe der Temperatur liess sich nicht nachweisen. 4 Fälle, die zur Autopsie gelangten, werden näher beschrieben. Es fand sich Verwachsung der Dura mit dem Schädel, Pachymeningitis int., Verdickung der Pia, ferner Hyperaemie, Erweiterung der perivasculären Lymphräume, capilläre Haemorrhagien und mehr oder weniger ausgedehnte Zellveränderungen. Auffallenderweise waren in allen 4 Beobachtungen die Nieren erkrankt. In einem Falle ergab die bakteriologische Untersuchung das Vorhandensein von Staphylococcen im Liquor cerebrospinalis. Bei Ratten konnte Verf. experimentell durch Bewegen in einem drehbaren Käfig ähnliche Zellveränderungen hervorrufen, wie er sie bei Delirium acutum gefunden hat. Er schliesst daraus, dass diese lediglich durch die Erschöpfung hervorgebracht werden und weiter nichts sind als extreme Steigerungen der schon normalerweise sich in den Zellen abspielenden Vorgänge. Schütte-Osnabrück.

Personalnachrichten.

— Halle a. S. Als Nachfolger Wernickes in Halle hat unser hochverehrter Herr Mitherausgeber Prof. Dr. Gabriel Anton in Graz einen Ruf erhalten.

— Bamberg. Zum Direktor der Irrenanstalt St. Getreu wurde Dr. Bott aus Wengenheim (Pfalz), bisher 1. Assistenzarzt der Kreisirrenanstalt Werneck gewählt. (Die Zahl der Bewerber betrug vier.)

— Neustadt i. H. Dr. Gg. Lomer wurde zum III. Arzt und Oberarzt an hiesiger Prov.-Irrenanstalt ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 21. | 19. August. | 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Arbeitstherapie im kantonalen Asyl in Wil.

Mit Demonstrationen.

Vortrag, gehalten auf der 36. Versammlung des Vereines Schweizerischer Irrenärzte in Wil am 13. VI. 1905.

Von Dr. *Schiller*, Director des Asyles in Wil, Kanton St. Gallen.

M. H. C.!

Nachdem ich in der 32. Versammlung in Genf Gelegenheit gehabt, Ihnen über neue Beschäftigungsarten für chronisch Psychotische im kantonalen Asyl in Wil einen Vortrag mit Demonstrationen zu halten, möchte ich Ihnen heute diese Beschäftigungsarten, ausgedehnt auf alle Psychosen und von den Kranken selbst ausgeführt zeigen und dabei meine seither gesammelten Erfahrungen mittheilen.

Ausser den gewöhnlichen Haushaltungsarbeiten, worunter ich alle Arbeiten verstehe, die in einem ausgedehnten Anstaltsbetriebe vorkommen und ausser den gewohnten landwirthschaftlichen Beschäftigungen, welche die Bearbeitung unserer 2 Güter von 50 ha bietet, besteht die hier geübte Arbeitstherapie in der Verrichtung leichter mechanischer Arbeit, wie sie

1. die Herstellung von Papierdüten,
2. die Erstellung von Lederteppichen aus Lederabfällen,
3. die Fabrikation von Wichseschachteln

erfordert.

Um Ihnen eine möglichst klare und genaue Idee von diesen Beschäftigungsarten zu geben, habe ich Ihnen die dazu erforderlichen Materialien und Instrumente übersichtlich durch unsern Oberwärter zusammenstellen lassen.

Sie sehen hier zuerst die Zusammenstellung für die Papierdütenfabrikation:

1. Das Papier, wie es uns aus der Fabrik geliefert wird.

2. Die verschiedenen Veränderungen, die es erleiden muss, bis es in die Form der fertigen Papierdüte übergeführt worden ist, und die dazu nöthigen Instrumente:

a) Das Ausschneiden der Kerbe mittelst eines Messers mit rechtwinkliger Schneide und eines Holzhammers.
b) Das Abschneiden des Zwickels mit den nämlichen Instrumenten.
c) Das Umschlagen der dadurch gebildeten Ränder.
d) Das Falten des Blattes.
e) Das Aufeinanderlegen dieser Formen, damit sie in grösserer Anzahl mit Kleister bestrichen werden können mit Hülfe dieses Pinsels und dieses Kleistertopfes.
f) Das Kleben der Düten.
g) Das Aufeinanderlegen der Düten zum Trocknen.
h) Das Abzählen und Zusammenlegen zu Büscheln.
i) Das Zusammenbinden zu Büscheln in abgezählter Anzahl.
k) Die zum Durchlochen nöthigen Instrumente, bestehend aus einer eisernen Spitze mit Holzheft und einem Holzhammer.

Sie sehen, wie schon diese einfache Arbeit eine Menge von Verrichtungen erfordert, die zum Theil sehr einfacher, sozusagen ganz mechanischer Natur sind, zum Theil schon complicirter und angespannte Aufmerksamkeit erfordern, wie z. B. das Handhaben der Instrumente.

Sodann sehen Sie hier die Zusammenstellung für die Lederteppichfabrikation:

1. Das Leder, wie es aus der Schuhfabrik als Abfall kommt.
2. Die Instrumente, mit denen die kleinen Formen ausgestanzt werden, bestehend aus einem Stanzmesser und einem sogenannten Fischhauthammer.

3. Die ausgestanzten Formen und das Leder mit dem ausgestanzten Defect.
4. Die kleine Stanzmaschine, mit der die zum Durchstecken der Verbindungsdrähte nöthigen Löcher ausgestanzt werden.
5. Den Draht in seiner zum Zusammenhalten der Lederchen nöthigen Form.
6. Ein angefangenes Teppichmuster, an dem Sie die Art und Weise der Zusammenstellung der Lederchen sehen können.

Auch diese Arbeit bietet mannigfaltige Verrichtungen, erfordert aber schon bedeutend höhere Intelligenz als die Papierdütenfabrikation und wird deshalb von den Patienten, deren Intelligenz noch ordentlich erhalten ist, auch lieber geleistet als das Papierdütenmachen, ja sie regt solche Patienten zur Erfindung eigener Muster an und ist besonders für unsere Stickerei treibende Bevölkerung eine den Neigungen und der Eigenart besonders glücklich entsprechende Beschäftigung.

Nun kommen wir zur dritten Beschäftigungsart, zu der Wichseschachtelfabrikation, die in Bezug auf Mannigfaltigkeit der Verrichtungen die reichhaltigste ist.

Zu dieser Beschäftigung werden Tannenholzstämme, sog. Schindelholz, d. h. möglichst astfreies Holz zu Brettern zersägt, die in der Dicke der Grösse der herzustellenden Wichseschachteln entsprechen. Aus diesen Brettern sägt dann ein Wärter mit einem Patienten mit Hülfe einer Waldsäge Stücke von passender Länge. Aus diesen kurzen Brettern werden mit der Hobelmaschine durch vier Patienten und einen Wärter Schindeln gehobelt und aus diesen Schindeln, nachdem sie genetzt worden sind, durch drei Patienten an der Stanzmaschine die ovalen Deckel und Böden herausgestanzt. Sie sehen hier eine Anzahl dieser Deckel und ausgestanzten Schindeln. Dann kommen diese Deckel und Böden in die Trocknerei und werden nach dem Trocknen von den Patienten sortirt, die zerbrochenen herausgelesen und die guten in Drahtformen eingespannt und in diesem Zustand ganz trocknen gelassen.

Aus andern Brettern werden mit einer andern Hobelmaschine, die Sie nachher sehen werden, die Spähne für die Seitentheile der Böden und Deckel gehobelt und in die Arbeitssäle zum Sortiren gebracht und ebenfalls eingespannt, dass sie in gerader Lage gehalten werden.

Dann werden mittelst Käsleim und kleinen Metallklammern die Seitentheile an die Böden und Deckel geleimt und auf Tischen zum Trocknen aufgestellt. Nachdem der Käsleim gut angetrocknet ist, werden die Metallklammern wieder abgenommen.

Die Herstellung dieser Metallklammern bildet auch einen besonderen Arbeitszweig, sie werden zu Tausenden von zwei Patienten, die den Schlosserberuf ausüben, angefertigt.

Ebenso kann mit der Bereitung des Käsleimes aus Magerkäse, der mit einer Mühle gemahlen wird, eine besondere Arbeitsgruppe beschäftigt werden.

Wenn dann eine genügende Anzahl solcher Deckel und Böden gemacht sind, so werden sie zu Schachteln zusammengestellt und mit Etiquetten versehen und zum Schlusse in grosse Kisten verpackt und dabei die Zahl der eingepackten Schachteln genau gezählt,

Diese an mechanischen Verrichtungen sehr reiche Arbeit bietet Beschäftigung nicht nur für alle Grade von physischer Kraft, sondern auch für alle Intelligenzgrade unserer Kranken und eignet sich nicht nur für chronische Psychosen sondern auch für acute.

Der Transport der schweren Bretter vom Bahnhof ins Asyl ist eine Beschäftigung für die kräftigsten Patienten. Das Zersägen der Bretter kann dazu benutzt werden, einen kräftigen Patienten unter steter und unmittelbarer Aufsicht eines Wärters zu beschäftigen, z. B. einen Maniacus, dessen Aufregung im Abklingen begriffen ist. Die Arbeit an der Hobelmaschine ist ebenfalls für kräftige Leute berechnet und zudem spielt die Intelligenz dabei keine grosse Rolle, da es sich ja nur um die Versetzung eines Schwungrades in drehende Bewegung handelt.

Dieses Schwungradtreiben stellt zugleich eines der besten Schlafmittel dar.

Das Sortiren der Deckel und Böden und der Bändchen eignet sich in ausgezeichneter Weise für körperlich schwächere Patienten, bei denen auch die Intelligenz keine Rolle spielt. Das Umlegen der Bändchen um die Deckel und Böden und das Befestigen mit den Klammern erfordert ziemliche Gewandtheit in den Fingern, die sich aber auch relativ blöde Patienten noch erwerben können. Das Etiquettiren ist wieder eine Beschäftigung für ganz geistesschwache und wird besonders von den blöden Kranken der Frauenseite besorgt. Eine sehr glückliche Arbeit für ganz blöde, deren Intelligenz nicht einmal mehr zum Sortiren der Deckel und Bändchen ausreicht, ist das Hin- und Hertragen der Schächtelchen vom Arbeitstisch zum Trockentisch und das Aufschichten derselben.

Sie sehen also, wie reichhaltige Arbeitsgelegenheit diese Beschäftigung bietet.



Sie werden nun fragen, **wie hat sich diese Art Beschäftigung in der hiesigen Anstalt im Laufe der Jahre bewährt?**

Ueber die Berechtigung, ja Nothwendigkeit einer solchen Beschäftigung sind wir wohl alle einig. Wir alle verspüren lebhaft das Bedürfniss nach einer Arbeit für diejenigen unserer Kranken, die nicht auf der Landwirthschaft und bei den Hausarbeiten beschäftigt werden können, und besonders gross ist dieses Bedürfniss für die Männer, da sich für die Frauen noch eher Arbeitsgelegenheit durch häusliche Arbeiten beschaffen lässt als für die Männer.

Meine Erfahrungen über die Ihnen beschriebenen Arten der Beschäftigungstherapie lauten dahin, dass sie eine der glücklichsten und segensreichsten Einrichtungen des Asyles sind, nicht nur für chronische, sondern auch für acute Psychosen.

Eine grosse Anzahl von chronischen Fällen sind gewöhnlich wegen ihres psychischen und physischen Zustandes zum Nichtsthun und blöden Herumsitzen und Herumliegen verurtheilt, da sie nicht mit landwirthschaftlichen oder Hausarbeiten beschäftigt werden können, und nehmen dabei häufig Ihnen sattsam bekannte unangenehme Gewohnheiten und Eigenschaften an. Durch unsere Arbeitstherapie können sie zu ruhigen und fügsamen Hausgenossen erzogen und längere Zeit vor dem gänzlichen geistigen Zerfall bewahrt werden. Interessant ist es oft, Halluzinanten bei dieser Arbeit zu beobachten, wie sie plötzlich vom Arbeitstische wegspringen, auf ihre Stimmen ihre Antwort in eine Ecke des Arbeitsraumes hineinschreien und dann wieder ruhig zu ihrer Arbeit zurückkehren. Nach und nach werden sie durch die Ablenkung ihrer abnormen psychischen Thätigkeit auf ihre Arbeit, wodurch offenbar andere Automatismen in ihrem Hirnmechanismus sich herausarbeiten, weniger von ihren Sinnestäuschungen geplagt.

Besonders wohlthätig ist der Einfluss auf die kriminellen Fälle, deren wir immer eine grosse Zahl verwahren müssen und die durch die Arbeit bei uns noch immer zu relativ harmlosen Arbeitern geworden sind.

Aber auch für die andern Fälle eignet sich die Beschäftigungstherapie in trefflicher Weise: nach Ablauf der unruhigsten Stadien unserer Katatonien, Manien und Melancholien gebe ich den Kranken so schnell als möglich Gelegenheit, sich in der oben geschilderten Weise zu beschäftigen und lasse mich nicht abschrecken, wenn auch die Aufregung noch ab und zu aufflackert, und deshalb kann ich mich auch mit den Erfahrungen, die die acuten Fälle betreffen, sehr befriedigt erklären.

Viele dieser Kranken beruhigen sich in den Arbeitssälen unter den andern arbeitenden Kranken in auffallend rascher Weise ganz und finden ihr geordnetes und ruhiges Verhalten wieder. Gerade hier offenbart sich sehr häufig die bekannte Natur des Menschen als Herden- und Gewohnheitsthier.

Seit dem 1. Januar 1905 haben wir eine ganze Anzahl von Fällen aufgenommen, deren Verlauf unter dem Einfluss der Arbeitstherapie ein ganz günstiger war:

1. 44jähriger Mann, Landwirth, am 8. III. 05 acut erkrankt an Influenza mit Delirien, starker psychomotorischer Unruhe, lautem Sprechen und Toben. Am 14. III. 05 Aufnahme des mittelgrossen, ordentlich genährten Mannes, der motorisch sehr erregt ist und zwangsmässig dieselben Bewegungen ausführt. Giebt keine rechte Auskunft weder zeitlich noch örtlich. Bei der Prüfung der Patellarreflexe machte er nachher die Zuckungen noch eine Zeit lang willkürlich nach und fängt auch mit den beiden Armen zu zappeln an. Unter dem Einfluss von prolongirten Bädern beruhigte er sich in 3 Tagen, so dass er, obschon noch nicht klar und oft noch Bewegungen wie ein Hampelmann machend, nach weiteren 3 Tagen auf die Arbeitsabtheilung versetzt werden konnte, wo er sich gerne an der Wichseschachtelfabrikation, zuerst mit dem Sortiren der Deckel und Seitenbändchen betheiligte. Hier wurde er nach und nach ganz klar, zeigte aber grosse Erinnerungsdefecte für die Ereignisse seines hiesigen Aufenthaltes. Am 28. III. 05, also 14 Tage nach seiner Aufnahme, Versetzung auf die ruhige Ueberwachungsabtheilung, wo er sich schnell erholte und fleissig weiter beschäftigte, und nach genügender körperlicher Kräftigung an den Arbeiten im Kuhstall theilnahm und wo er am 17. April nach 6 wöchentlichem Anstaltsaufenthalt geheilt, nach unserer Meinung von Amentia, entlassen wurde.

2. 16jähr., aus erblich stark belasteter Familie stammender Jüngling: Vater Potator, Mutter schon an Melancholie im Asyl behandelt, wurde am 14. II. 05 im Zustande heftiger hebephrenischer Tobsucht mit Verbigeration, läppischem Reden, Zwangs- und Hampelmannsbewegungen, Schmieren, Unreinlichkeit, Zerreissen und Zerstören aufgenommen. Nach 10 Tagen Beruhigung unter Badbehandlung, Versuch der Arbeitstherapie mit Auseinanderlesen und Strecken der Bändchen; Patient steht aber die meiste Zeit herum, in weitern 8 Tagen jedoch kann er sich immer mehr beschäftigen, hat aber noch bisweilen plötzlich auftretende unmotivirte Aufregungszustände,



in denen er z. B. eine Fensterscheibe herausschlägt oder ein Nastuch zerreisst. Dieser Zustand dauert noch 6 Wochen und erfordert Anwendung prolongirter Bäder, bei der die Beruhigung gänzlich eintrat und er sich regelmässig beschäftigte und am 21. Mai 1905 auf die ruhige Beobachtungsabtheilung versetzt werden konnte, wo er bald ins Freie zur Arbeit ging und am 30. V. 1905 seinem Vater nach 3 1/2 monatl. Asylaufenthalt wieder übergeben werden konnte, der ihn auf unsern Rath aufs Land zur Beschäftigung mit leichten landwirthschaftlichen Arbeiten brachte.

Solche relativ günstig verlaufenden Fälle von Dementia praecox könnte ich Ihnen noch vier mittheilen.

Ein Fall anderer Art ist folgender:

3. 35jähriger, jung verheiratheter Sticker, der aus erblich belasteter Familie stammt: Vater Potator, beging Suicid durch Submersion, eine Schwester schwermüthig; machte nach schon mehrere Wochen bestehender Schwermuth am 13. III. 05 in seiner Wohnung ein energisches Tentamen suicidii durch Suspension, wobei er in bewusstlosem Zustande entdeckt und durch künstliche Respiration wieder ins Leben zurückgerufen wurde. Aufnahme am 14. III. 05 mit am Halse noch stark ausgesprochener Strangfurche, ist in Folge der Suspension noch ganz verwirrt, weder zeitlich noch örtlich orientirt. Am folgenden Tag ganz lucide, hat noch starke Angst, sich verfehlt zu haben, kann sich aber sofort an der Wichseschachtelarbeit bethätigen; binnen einer Woche verschwindet dabei seine ihm selbst unerklärliche Angst, so dass er nach 14 Tagen auf der Landwirthschaft beschäftigt und am 28. April, nach 1 1/2-monatl. Anstaltsaufenthalte, geheilt quoad Anfall depressiven Irreseins entlassen werden kann.

Ich könnte Ihnen noch die Krankengeschichten von 5 ähnlichen Fällen mit gleich befriedigendem Verlauf bringen.

Auffallend günstig ist der Verlauf in 3 Fällen von Delirium tremens, die wegen starker hallucinatorischer Unruhe gebracht werden mussten und die sich sofort nach ihrem Eintritt an den Arbeitstisch in der Ueberwachungsabtheilung setzten, zuerst am Sortiren der Deckel und Bändchen und nachher am Zusammensetzen der Wichseschächtelchen theilnahmen und von ihrem Anfall rasch sich vollständig psychisch und physisch erholten unter starker Entwickelung der Esslust.

Von den 82 Aufnahmen auf der Männerseite, die in den ersten 5 Monaten 1905 stattfanden, will ich Ihnen keine weiteren Krankengeschichten mittheilen, sondern nur resumirend bemerken, dass von den darunter befindlichen 29 acuten Fällen von Psychosen die Arbeitstherapie bei 19 Fällen mit durchschlagendem Erfolg angewendet werden konnte und bei den 44 chronischen Fällen 18 mal mit bestem Erfolg, 10 mal mit befriedigendem, 19 mal mit geringem Erfolg, unter diesen 19 Fällen befinden sich hauptsächlich ganz verblödete Fälle von Dementia senilis, Dementia congenita und Dementia praecox. Die übrigbleibenden 9 Aufnahmen betreffen körperlich Kranke, die hier nicht berücksichtigt werden. Ich will nur bemerken, dass im Asyl auch bei den körperlich Kranken die Arbeitstherapie, so viel es nur irgend möglich ist, angewendet wird und dass meines Erachtens diese Therapie auch in den Spitälern für körperlich Kranke eine grosse Rolle zu spielen berufen wäre.

Bei den Frauen haben wir in den ersten fünf Monaten 1905 92 Aufnahmen, davon betreffen 33 acute Fälle. Bei 25 von diesen acuten Fällen hatten wir einen durchschlagenden Erfolg mit unserer Arbeitstherapie, die in der Anfertigung von Papierdüten und im Etiquettiren der Wichseschächtelchen bestand, bei 4 einen befriedigenden und bei 4 sind wir noch nicht weit damit gekommen.

Weitere 33 Aufnahmen betreffen chronische Fälle, von den 10 mit bestem Erfolg und 7 mit befriedigendem Erfolg mit der Arbeitstherapie behandelt werden, bei den 16 überbleibenden ist der Erfolg nur ein theilweiser, entsprechend dem schwierigen Krankheitszustande dieser Fälle. Die 26 andern Fälle betreffen chronisch körperlich Kranke, von denen 7 an verschiedenen Arbeiten regelmässig theilnehmen und 19 nur in geringem Grade oder gar nicht, da es ihre Krankheit (Carcin. uteri, Phthisis pulmon., Caries oss. multipl., Vitia cordis, Apoplexia cerebri) unmöglich macht.

Wodurch sind die guten Erfolge dieser Arbeitstherapie bedingt? Nach meiner Ansicht zu allererst durch das Bedürfniss der menschlichen Natur nach Beschäftigung, d. h. nach einer Bethätigung der körperlichen und geistigen Kräfte und der dadurch bedingten Regelmässigkeit der Lebensweise nach dem Gesetze der Periodicität und Abwechslung. Das Leben der sog. Gesunden spielt sich ja in der grössten Mehrzahl der Fälle in diesem Rahmen ab: wir schlafen, wir essen, wir arbeiten, wir vergnügen uns. Tagtäglich wiederholt sich dieses Spiel und wir befinden uns wohl dabei, und wenn es uns gelingt, unsern Kranken auch diese Abwechslung zu bieten und sie ihnen genehm zu machen,



so befinden sie sich auch gut dabei und sind leicht zu halten; denn das Sprichwort: „Müssiggang ist aller Laster Anfang“ ist eine der grössten Wahrheiten, die es giebt.

Eine der häufigsten Klagen, die Anstaltsärzte von den Kranken hören müssen, ist die über Langeweile wegen des Mangels an passender Beschäftigung. Dadurch, dass wir unsern Kranken in der Abtheilung Gelegenheit geben, sich zu beschäftigen, versetzen wir sie in ähnliche Verhältnisse wie die sind, in welchen sie bisher gelebt haben. Dadurch wird der Gegensatz zwischen dem gewöhnlich so langweiligen, eintönigen Anstaltsleben und dem Leben draussen bedeutend gemildert; die Kranken fühlen sich bei der Beschäftigung zu etwas nützlich, werden dadurch zufriedener und das ist schon der erste Schritt zur Besserung ihres Zustandes.

Sie haben gehört, dass bei der Beschäftigungstherapie eine ganze Anzahl von Maschinen und Instrumenten zur Verwendung kommen und werden sich fragen, ob damit nicht eine Gefahr verbunden ist? Darauf kann ich Ihnen antworten, dass bis jetzt mit diesen Instrumenten noch nichts unangenehmes passirt ist und dass der damit verbundenen Gefahr natürlich durch stete Ueberwachung und grosse Aufmerksamkeit begegnet wird.

Neben den mit der oben geschilderten Arbeitstherapie behandelten Patienten werden noch eine ganze Anzahl von Kranken als Handwerker auf ihrem Berufe beschäftigt und zwar innerhalb der Abtheilungen in Isolirzimmern, die vollständig als Werkstätten eingerichtet sind: so 3 Schreiner, 2 Tapezierer und 4 Schuhmacher. Diesen Handwerkern steht in ihren Isolirzimmerwerkstätten das gesammte zu ihrer Arbeit nöthige Handwerkszeug zur Verfügung, wie Sie dann auf dem Rundgang sehen werden. Die betreffenden Werkstätten werden denn auch sorgfältig gegen die Abtheilung abgeschlossen und bis jetzt ist es im Laufe von 13 Jahren einmal vorgekommen, dass ein Schreiner in einem Anfall von Jähzorn über eine abgeschlagene Bitte sich mit einem Hobelmesser an Beinen und Armen eine Anzahl von Schnittwunden beigebracht hat, die jedoch ganz ungefährlich waren.

Sie sehen also, dass dieser Betrieb mit Instrumenten und Maschinen bei der nöthigen Vorsicht nicht einmal so gefährlich ist, wie der entsprechende Betrieb draussen, welch günstige Verhältnisse ich auf Rechnung der Alkoholabstinenz setzen muss.

Sobald wir den Kranken Gelegenheit zu nützlicher — ich betone das Wort nützlich besonders — Beschäftigung verschaffen, machen wir die Erfahrung, dass die Zahl der Arbeitenden immer mehr zunimmt, die Arbeit ist wie ein Sauerteig, geradezu ansteckend, und viele, die sich dagegen zuerst ablehnend verhalten, greifen nach und nach auch zu, ohne dass sie besonders dazu angehalten werden, und auf diese Weise ist im verflossenen Jahr die Zahl der arbeitenden Männer auf 77% und bei den Frauen auf 70% gestiegen und in Folge dessen haben wir die Bettbehandlung nicht in dem Maasse nöthig, wie sie vielerorts geübt wird; so mussten wir im Asyl im letzten Jahre nur in 7% der Fälle die Bettbehandlung in Anwendung bringen. Dass es immer eine Anzahl Fälle giebt, bei denen die Bettbehandlung das Richtigste ist, hat gewiss jeder von uns schon erfahren, z. B. bei Kranken mit intensiver Nahrungsverweigerung und den Formen erschöpfender Aufregung. In diesen Fällen kann die Bettbehandlung natürlich nicht durch Arbeitstherapie ersetzt werden.

In der grossen Mehrzahl der Fälle aber ist die Arbeitstherapie der Bettbehandlung weit überlegen und wird von den Kranken viel williger und als viel angenehmer ertragen als die Bettbehandlung, was eben in der Eigenthümlichkeit der menschlichen Natur begründet ist.

So führen meine Erfahrungen mich zu dem Schlusse, dass die Arbeitstherapie an die Spitze unserer Behandlungsmethoden zu stellen ist, da sie in der grössten Mehrzahl der Fälle, sowohl der acuten als der chronischen Psychosen, angewandt werden kann und dass die Bettbehandlung, die in gewissen Fällen ihrerseits wieder durchaus angezeigt ist, dadurch auf eine kleinere Zahl der Fälle beschränkt werden kann.

An uns Aerzten ist es, den Kranken die Wohlthat der Arbeitstherapie zukommen zu lassen, was überall gelingen wird, sobald wir zu der Ueberzeugung gelangt sind, dass sie den Kranken zum grössten Segen gereicht. Es verhält sich da genau so, wie in der Frage der Abstinenz von alkoholischen Getränken.



Die Familienpflege in Mauer-Oehling.

Um wiederholten Anfragen von auswärts über den derzeitigen Stand der Familienpflege in Mauer-Oehling und die bisherigen Erfahrungen darüber zu entsprechen, erlaubt sich der Gefertigte das Wesentlichste in folgendem zusammenzufassen.

Die Familienpflege in Mauer-Oehling wurde schon bei der Anlage der Anstalt in Betracht gezogen und zu dem Zwecke vor der Front der Anstalt ein kleines Pflegerdörfchen errichtet. Das lebendige Beispiel wirkte auch bald anregend auf die Umgebung, sodass schon anfangs 1903 die ersten Kranken auswärts versorgt werden konnten. Heute zählt die Anstalt über 200 Kranke bei etwa 80 Pflegestellen in der Aussenpflege auf einem Territorium, das sich um die Anstalt kreisförmig herumlegt.

An der Hand dieser Anzahl von Kranken, sowie der mehr als zweijährigen Erfahrungen ist es wohl gestattet, einigermaassen ein Urtheil über unsere Familienpflege abzugeben. Vor allem ist gewiss die Thatsache zu würdigen, dass es innerhalb zweier Jahre gelang, die Anstalt durch die beträchtliche Zahl von 200 Kranken zu entlasten. Was dies für die Anstalt bedeutet, möge daraus entnommen werden, dass wir mit den Baulichkeiten, die für 1000 Kranke berechnet waren, wohl kaum mehr ohne schwere Schädigung des ganzen Regimes das Auslangen würden finden können, bei den schon fast 1400 Kranken des Verpflegsstandes. Die Familienpflege bildet für die Anstalt das wesentlichste Ventil der Entlastung.

Nach unseren Berechnungen bildet die Familienpflege weiters die billigste Form der Verpflegung. Ein Factor, der bei der zunehmenden Ausdehnung der Irrenfürsorge nicht unwesentlich ins Gewicht fällt und der mit stetig steigender Zahl der Familienpflege fortlaufend an Bedeutung zunimmt.

Die Familienpflege ist aber nicht nur ein Vortheil für die Anstalt, sie bildet auch einen wahren Segen für die Umgebung. Schon heute merkt man einen deutlichen Unterschied der Pflegestellen von ihren Nachbarn durch grössere Reinlichkeit und allerlei Verbesserungen innen und aussen. Die Pflegeeltern selbst empfinden die sichere Bargeldeinnahme als eine grosse Erleichterung ihrer Sorgen und lernen auch die partiellen Arbeitskräfte immer mehr schätzen.

Auch die allgemeine Hygiene empfängt durch die Familienpflege eine wirksame Förderung, indem wir für unsere Kranken Bedacht nehmen müssen auf Besserung der Wohnungsverhältnisse, des Trinkwassers und Beseitigung der Abfallstoffe.

Zu diesen Vortheilen für Anstalt und Umgebung aus der Familienpflege kommen endlich die Wohlthaten für die Kranken selbst. Die Familienpflege ist keine Universalmedicin, und bildet auch nicht für jeden Kranken das summum optimum ihrer Wünsche und Verlangen, ebenso wenig, wie das die Colonie vermag oder eine andere freie Behandlungsform. Aber sie ist ebenso berechtigt und nothwendig, wie irgend eine andere Institution in einer Heil- und Pflegeanstalt. Nach unseren Erfahrungen ist eine moderne Anstalt ohne Familienpflege nicht ganz vollwerthig.

Es giebt eine Reihe von Kranken, die sich nur in der Familienpflege wohl fühlen und die es als eine grosse Strafe empfinden würden, wieder in die Anstalt zurückversetzt zu werden. Die Zufriedenheit ist aber das erste und hauptsächlichste, was wir bei der Irrenpflege anstreben müssen.

Im Allgemeinen sind natürlich die Kranken in der Anstalt sauberer und hygienischer gehalten als bei einem etwas ärmlichen Kleinhäusler, aber niemals entschädigt den gefangenen Vogel der goldene Käfig für die verlorne Freiheit. Auch die grössere Individualisirung in der Familie in Kost und Umgebung und nicht zum wenigsten das Bewusstsein, von der Anstalt weg zu sein, das Um und Auf des Strebens vieler Kranker, darf nicht vergessen werden.

Vom ärztlichen Standpunkte muss die Familienpflege obendrein als der Schlussstein der Irrenpflege überhaupt betrachtet werden, indem man die Kranken wieder in das Milieu zurückbringen kann, aus dem sie gekommen.

Nachdem unsere Familienpflege bisher von allen bedauerlichen Zwischenfällen verschont blieb und auch sonst bedeutendere Nachtheile für die Kranken sich nicht ergeben haben, können wir der Einführung der Familienpflege, dort wo die Möglichkeit hierzu vorhanden ist, nur wärmstens das Wort reden.

Mauer-Oehling.

Direktor Dr. Starlinger.



Mittheilungen.

— **Richter und Gerichtspsychiater.** Ueber dieses Thema hielt Herr Dr. jur. Siegfried Türkel im Psychiatrisch-neurologischen Verein zu Wien einen Vortrag. Der Vortragende erläuterte an der Hand von im Archiv des Justizministeriums von ihm aufgefundenen Aktenstücken, welche Absichten die Redaktoren unseres Strafgesetzes bei der Redaktion der die Zurechnungsfähigkeit betreffenden Bestimmungen verfolgten. Der Vortragende wies nach, dass die Judikatur des Obersten Gerichtshofes in diesen Fragen sich ganz im Rahmen jener Anschauungen bewege, welche bei Abfassung des Strafgesetzes, also 1803, bezw. 1852 die herrschenden waren. Diese Anschauungen seien aber derzeit vollständig überholte, und es gelinge nur schwer, in der heutigen Zeit mit Begriffen, wie zum Beispiel „gänzliche Beraubung des Gebrauches der Vernunft", zu arbeiten. Es sei daher nicht zu wundern, wenn die Gerichtsärzte sich womöglich der Beantwortung der Frage, ob ein Angeklagter des Gebrauches der Vernunft ganz beraubt sei oder nicht, zu entziehen suchen und erklären, sie seien wohl zur Beantwortung der Frage, ob ein Angeklagter geistesgesund oder geisteskrank sei, kompetent, nicht aber zur Beantwortung der Frage, ob derselbe „zurechnungsfähig" sei oder nicht, ob derselbe den „Gebrauch der Vernunft" habe oder nicht. Der Vortragende zeigte, wie seit jeher zwischen den verschiedensten Fakultäten Kompetenzstreitigkeiten geherrscht hätten, welcher Fakultät die Beantwortung dieser Fragen zukäme. Die Aerzte haben zu dieser Frage in verschiedener Weise Stellung genommen. So erklärte Meynert, dass der Arzt nur den Kranken zu beurtheilen und immer nur zu sagen habe: der Mensch ist krank oder nicht, nie aber aussprechen dürfe, die That sei krank oder nicht. Während eine Reihe von Irrenärzten nachdrücklichst erkläre, die Frage der Zurechnungsfähigkeit habe sich der Richter auf Grund des ihm vom Experten gelieferten medizinischen Materials selbst zu beantworten, vertraten namhafte Kapazitäten, wie Liman, Jessen und Naecke, die Ansicht, dass in der Praxis die genannte Trennung niemals werde eine scharfe sein können, dass, wenn es überhaupt möglich sei, die Frage nach Zurechnungsfähigkeit oder Unzurechnungsfähigkeit zu beantworten, der Richter derzeit am wenigsten dazu berufen sei etc. Der Vortragende erörterte, dass auf Grund der Bestimmungen unserer Strafprozessordnung der Gerichtsarzt zur Beantwortung der Frage, ob ein Angeklagter vom Standpunkte des Gesetzes aus zurechnungsfähig sei, nicht gezwungen werden dürfe, wie dies in der Praxis thatsächlich geschehe. Diesem Vortrag, welchem Oberstaatsanwalt Hoegel, der Präsident des Strafgerichtes Hofrath Vitorelli und andere hohe Gerichtsfunktionäre beiwohnten, folgte eine Diskussion, in der Professor Wagner v. Jauregg sich den Ausführungen des Vortragenden anschloss, während die Gerichtsärzte Dr. Höwel und die Dozenten Dr. Raimann und Dr. Sölder erklärten, der Experte werde sich in der Praxis niemals der Beantwortung der an ihn gestellten Fragen entziehen können.

(Neue freie Presse.)

— **Kassel**, 15. August. Zwischen einer Anzahl Pfleglinge der Landes-Irrenanstalt Haina entstand bei einem Spaziergang in den Gartenanlagen eine ernste Prügelei, wobei der seit längeren Jahren internirte Appel aus Borken totgeschlagen wurde.

(Berl. Lokal-Anzeiger.)

— **Transportirung Geisteskranker in Berlin.** Der Krankentransport des Verbandes für erste Hilfe ist mit der Vervollkommnung seiner Einrichtungen beschäftigt und hat neu erdings auch für die Beförderung von Geisteskranken besondere Vorkehrungen getroffen, die auf Instruktionen beruhen, welche mit den Behörden vereinbart wurden. Bestellung auf Wagen erfolgt unter Telephon Amt III Nr. 2417 und 2424 sowie durch sämmtliche Polizeireviere.

— **Paris,** 5. August. Die Irrenanstalt Ville-Evrard war neulich der Schauplatz eines grausigen Vorgangs. Am 30. Juni verschwand ein Pflegling, Witwe Marie Gaucher, aus dem Krankensaale und wurde in der Umgegend von Ville-Evrard und auch in Paris, wo sie Verwandte hat, vergeblich gesucht. Dieser Tage hatte ein Angestellter in den Kellerräumen der Anstalt, wo sich die Heizvorrichtungen befinden, zu schaffen und meldete dem Vorsteher, es herrsche da ein abscheulicher Gestank, der von einer vergifteten Rattenkolonie herrühren dürfte. Man sah nach und suchte das vermeintliche Nest in dem Ofen, dessen Thür geschlossen war. Es wurde mit einer Laterne hereingeleuchtet, und nun sah man eine zusammengekauerte Leiche in einem vorgerückten Zustand von Fäulniss. Es war die der Witwe Gaucher, die vielleicht einen Fluchtversuch machen wollte, sich im Keller verbarg und als sie nahende Schritte hörte, in den Ofen kroch, dessen Thür sie hinter sich zuzog, aber nachher nicht mehr aufmachen konnte, weil der Verschluss nach aussen ist. Nach verschiedenen Anzeichen soll die Aermste langsam — man spricht von achttägiger Gefangenschaft — verhungert sein und in ihrer Qual einen ihrer Arme angebissen haben. Ob sie aus Furcht, wieder festgenommen zu werden, nicht schrie, oder ob ihre Stimme in dem Backsteinofen ungehört verhallte, darüber sind die Meinungen verschieden.

(Rhein. Courier.)

— **Warstein i. Westf.** Am 15. August erfolgte die erste Belegung der noch im Bau begriffenen und nur theilweise fertigen Anstalt mit 25 männlichen Kranken. Demnächst sollen weitere Transporte nach hier aus den vorhandenen Anstalten vor sich gehen, um der aufs höchste gestiegenen Platznoth abzuhelfen.



Referate.

— Havelock Ellis: Das Geschlechtsgefühl. Eine biologische Studie. Autorisirte deutsche Ausgabe, besorgt von Dr. Hans Kurella. Würzburg. A. Stuber. 1903. 316 S. Broch. 4,00 M., geb. 5,00 M.

Eine Analyse des Geschlechtstriebes zeigt, dass er bis zu einem gewissen Grade unabhängig ist von den Keimdrüsen; man kann ihn auch nicht definiren als Entleerungstrieb noch als Impuls zur Fortpflanzung. Am meisten erklärt sich Verf. mit den Anschauungen Moll's einverstanden, die er etwas modificirt, indem er den Detumescenztrieb und Contrectationstrieb in engere Beziehungen zu einander bringt. Er unterscheidet zwei Stadien; ein erstes Stadium, in dem unter dem parallelen Einflusse innerer und äusserer Reize Vorstellungen, Wünsche und Ideale im Bewusstsein sich bilden, wobei zugleich der ganze Organismus eine Energieladung erhält und der Sexualapparat congestiv an Blutgehalt zunimmt; ein zweites Stadium, in dem die Entladung mittelst des Sexualapparates unter tiefgreifender sexueller Erregung stattfindet, was eine allgemeine Entspannung herbeiführt. Durch den ersten Process (Tumescenz) wird die Spannung verursacht, welche der zweite (Detumescenz) löst. Am kräftigsten wird die Tumescenz durch den Tanz erzielt.

Der zweite Abschnitt erörtert die interessanten Beziehungen zwischen Schmerz und Liebe, die schon normaliter bestehen. Die Freude des Mannes an der Unterwerfung der Frau und an den ihr zugefügten Schmerzen, ist ein Ueberbleibsel aus dem primitiven Liebesleben, eine fast normale Begleiterscheinung des männlichen Geschlechtstriebes. Auch für das Weib ist es ein Genuss, Schmerzen zu erdulden, sich dem Willen des Mannes zu unterwerfen.

Die zwei Gruppen von Empfindungen — auf der männlichen Seite Freude an der Entfaltung der Kräfte, wobei häufig Schmerz zugefügt wird; auf der weiblichen Seite Wonne an der Unterwerfung unter diese Kraft und Freude an einem grösseren Grade von Schmerz oder dem Gedanken an Schmerz — ergänzen sich. Innerhalb des normalen Lebens gewähre der Frau das instinctiven Genuss, was der Mann instinctiv thut.

Das Gebiet des Normalen verlassend skizzirt Verf. dann das Wesen des Sadismus und Masochismus. Es besteht keine scharfe Grenze zwischen den beiden Erscheinungen; ein neutraler Ausdruck (Algolachie) ist dabei vorzuziehen. Der Liebesbiss stellt das Bindeglied zwischen normaler und pathologischer Algolachie dar. Es besteht eine continuirliche Reihe von den absolut normalen Erscheinungen des Geschlechtslebens bis zu den extremsten Ueberschreitungen aller menschlichen Gesetze, bis zum Blutvergiessen. Ein typisches Beispiel der Algolachie ist das Peitschen oder Gepeitschtwerden.

Sadismus und Masochismus sind einander ergänzende Gefühlsvarietäten. Schmerz, nicht Grausamkeit ist das wesentliche Merkmal dieser Erscheinungen. Schmerz wird als Lust gefühlt. Ausserhalb der Geschlechtssphäre zeigen die Individuen nichts von Grausamkeit. Dass Schmerz oder dessen Vorstellung stimulirend wirkt, hat darin seinen Grund, dass Zorn und Furcht die mächtigsten Affecte sind. Zorn kann die activen Formen der sexuellen Impulse verstärken, Furcht die passiven Formen unterstützen.

Das Schlusskapitel bespricht den Geschlechtstrieb beim Weibe. Vielfach wird die Ansicht geäussert, der Trieb sei schwächer beim Weibe, wenn nicht gar sein völliges Fehlen als Norm angesehen wird. Dem widerspricht Verf. energisch, der jede Form von sexueller Anästhesie für etwas abnormes erachtet. Er weist auf die Neigung zu spontanen Aeusserungen sexueller Impulse bei jungen Mädchen zur Zeit der Pubertät hin. Sexuelle Attacken auf Frauen sind viel seltener als man glauben sollte: in vielen Fällen von Vergewaltigung handelt es sich um eine gewisse bedingte Einwilligung.

Richtiger ist es, statt nach den quantitativen Differenzen des Triebes zu forschen, zu fragen: welches sind die specifisch weiblichen Charactere des Geschlechtstriebes. Er verhält sich vielfach anders, als der der Männer, wie das des ausführlichen auseinandergesetzt wird.

Dies der kurze Inhalt des Buches, das viele heikle Fragen aus dem Geschlechtsleben wissenschaftlich objectiv behandelt. Die Litteratur ist ausgiebig verwerthet. Die Darstellung fleissig und anregend; die Uebersetzung liest sich gut.

— Dr. Alice Profé: Ueber die bei operativer Behandlung von Hirntumoren auftretenden Hirnhernien. (Bibliotheka medica. D I, Heft 7.)

Verf. giebt eine Statistik sämmtlicher bisher in der Litteratur bekannten Fälle, in denen nach der operativen Behandlung von Hirntumoren Hirnhernien auftraten. Einer kurzen Besprechung der Fälle schliessen sich die ausführlichen Tabellen der Fälle an, in denen in übersichtlicher Weise die Symptome, Diagnosen, Operationen mit Ausgang, die Hernien und die eventuellen Befunde bei Sectionen beschrieben sind. Dr. med. Ehlers.

Personalnachrichten.

— **Münsterlingen.** Der thurg. Regierungsrath hat Herrn Director Dr. med. L. Frank die aus Familienrücksichten auf Anfang Oktober nachgesuchte Entlassung von der Stelle eines Directors der kantonalen Irrenanstalt unter Verdankung der geleisteten Dienste bewilligt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 22. 26. August. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Psychiatrische Reformgedanken.

Von Dr. *Bogdan*.

Wenngleich die psychiatrische Wissenschaft in den letzten Decennien, namentlich durch die grundlegenden Arbeiten der Geistesheroen, wie Meynert, Westphal etc. bedeutende Fortschritte zu verzeichnen hat, nichtsdestoweniger muss noch eine Unsumme Arbeit geleistet werden, um die Endzwecke der Psychiatrie: die Heilung der Geisteskrankheiten zu ermöglichen. Fast dünkt es mich aber, dass diesfalls ein zielbewusster Plan der Arbeit mangelt; es fehlt noch — wiewohl die Anklänge wahrzunehmen sind — eine exacte Methode experimenteller Forschung, der Erklärung psychopathischer Erscheinungen und der Behandlung der Psychosen.

Denn während zur Zeit die bis nun allgemein geltende und vorzügliche Systematik und Diagnostik der Geisteskrankheiten Meynerts verworfen wird und dadurch eine unerwünschte Verwirrung hervorgerufen wurde, die nur zu sehr geeignet erscheint, das ohnehin schwierige Studium der Psychiatrie noch mehr zu erschweren und es — wie auch Hoche hervorhebt, — dem Anfänger fast unzugänglich zu machen, wird auf dem Gebiete der Therapie sehr wenig geleistet. Unzweifelhaft ist in der Bett- und Bäderbehandlung ein wesentlicher Fortschritt diesfalls zu verzeichnen; allein das ist so ziemlich alles.

Das erstrebbare Ziel therapeutischen Erfolges und indirect hinsichtlich der Erklärung psychopathischer Vorgänge liegt meiner Ansicht nach in der Individualisirung und Specialisirung der Geistesstörungen. Während zur Zeit fast jede Irrenanstalt alle Kategorien von Geisteskranken beherbergt, würde — in angedeutetem Sinne — zweckmässiger sein, die Kranken nach ihren Krankheitsformen, namentlich aber nach ihrem Verhalten in einzelnen, eben dem entsprechend eingerichteten Anstalten abzusondern. Da jedes Land, beziehentlich jede Provinz über mehrere Anstalten verfügt, so wären diese in folgender Weise zu verwenden. Die in der Hauptstadt befindliche oder ihr zunächst gelegene Anstalt, beziehungsweise Klinik hätte als Centralanstalt, beziehentlich Aufnahmestation für das gesammte neu erkrankte Material des betreffenden Verwaltungsbezirkes zu dienen; was schon deshalb empfehlenswerter und leicht durchführbar wäre, weil das grösste Kontingent an Neuerkrankungen die Hauptstadt liefert, und hinsichtlich des Krankentransportes aus der Provinz ergeben sich nicht nur keine Schwierigkeiten, vielmehr liesse sich derselbe mit Rücksicht auf den nach der Hauptstadt gravitirenden Verkehr viel rascher bewerkstelligen, als es dermalen der Fall.

Die Centralanstalt wäre ihrer nunmehrigen und ausschliesslichen, die möglichste Heilung anstrebenden Aufgabe gemäss, dienstlich entsprechend zu organisiren und mit den modernsten therapeutischen Hilfsmitteln auszugestalten.

Die unheilbaren Kranken wären in die anderen Anstalten des Verwaltungsbezirks abzustossen, die ihrerseits gleichfalls der Krankheitsform, vornehmlich aber dem Verhalten der betreffenden Kranken entsprechend, organisirt und eingerichtet werden müssten.

Je eine Anstalt wäre zur Aufnahme von aufgeregten, gewaltthätigen und criminellen; von an epileptischer Geistesstörung leidenden; — von ruhigen, harmlosen, beschäftigungsfähigen und unreinen, pflegebedürftigen oder für Colonisation geeigneten Kranken; von erziehungsfähigen Idioten und Epileptikern und von heilbaren Alkoholikern zu adaptiren oder neu zu erbauen.

Die Vortheile dieser, nach Krankheitsform vornehmlich aber nach Verhalten der Geisteskranken organisirten Specialanstalten sind zu offenkundig.

Während dermalen in fast allen Irrenanstalten, wie schon erwähnt, sämmtliche Kategorien von Krankheiten anzutreffen sind und somit den Aerzten sehr erschwert wird, denselben eine individualisirende Be-

handlungsweise angedeihen zu lassen, würde diese durch die angedeutete Absonderung unzweifelhaft zu ermöglichen sein.

Den Aerzten böte sich hierdurch die willkommene und erwünschte Gelegenheit, sich in die Beobachtung und Behandlung der betreffenden Krankheitsformen intensiver zu vertiefen, mit der einschlägigen Litteratur eingehender zu befassen, experimentelle Studien anzustellen und somit nicht nur zur Erforschung der Psychosen wesentlich beizutragen, sondern — was, wie schon hervorgehoben, die vornehmste Aufgabe der medicinischen Wissenschaft ist — die möglichsten und weitgehendsten therapeutischen Erfolge zu erzielen.

In gleicher Weise liesse sich das Siechen-, Armen-, Pfründnerwesen einer Provinz, beziehentlich eines Landes organisiren. Die Siechen könnten in den Lazaretten der Anstalten für Harmlose etc. untergebracht werden. Die Armen wären entweder der Kolonie anzugliedern oder der Familienpflege zu übergeben.

Hat die familiäre Verpflegung der Geisteskranken so vorzügliche Resultate aufzuweisen, so müsste diese in erhöhterem Maasse bei der Armen-Verpflegung sich bewähren.

Selbstverständlich müsste gefordert werden, dass die Leitung derartiger Anstalten psychiatrisch vorgebildeten Aerzten überantwortet werde. Und dies deshalb, weil eine ansehnliche Anzahl versorgungsbedürftiger Pfründner entweder aus den Irrenanstalten sich rekrutiren, oder mit solchen psycho- beziehentlich neuropathischen Leiden — Idiotie, Cretinismus, Epilepsie, Chorea etc. — behaftet sind, deren Behandlung die angeführten Kenntnisse erheischen. Die Durchführung angeregter Vorschläge setzt die Bedingung voraus, dass sämmtliche Humanitätsanstalten unter einheitlicher Leitung stehen. —

Auch in der forensischen Psychiatrie machen sich recht bedauerliche Divergenzen der Anschauung und allzu subjektive Ansichten bemerkbar, die nur zu sehr geeignet erscheinen, das Ansehen der psychiatrischen Wissenschaft und ihrer Vertreter herabzusetzen.

Ich will nicht die, zumal letzterer Zeit, seitens der Tagespresse gegen die Psychiater geschleuderten Invectiven wiederholen. Hervorheben möchte ich nur, dass auch hierin ein einheitliches Vorgehen sich erzielen liesse, wenn man gleichfalls Meynerts überaus zutreffende Lehre befolgen würde: nur jenen Menschen für geisteskrank zu erklären, der an und für sich als geisteskrank erscheint; die That, möge sie noch so monströs sein, ist zur Beurtheilung des gegebenen Falles ganz irrelevant; zumal sie in überaus vorwiegender Mehrzahl von den geistesgesunden Menschen begangen wird. Allerdings sind die Kriterien des Gesund- und Krankseins sehr schwer abzugrenzen; doch eben darum soll der Arzt durch keinerlei voreingenommene Interpretation der That sich verleiten lassen, den Thäter für geisteskrank zu erklären, wenn er von der klinisch nachweisbaren Geistesstörung desselben nicht einwandfrei überzeugt ist. Unmögliches kann billiger Weise niemand verlangen. Man wird eher den Stand zu schätzen wissen, der ehrlich sein: non possumus bekennt, als wenn er vielleicht unwissentlich falsche Wege einschlägt.

Zunächst ist die Frage zu beantworten, ob ein Delict im Zustande der strafausschliessenden Unzurechnungsfähigkeit begangen wurde oder nicht? Diese Frage zu beantworten ist, wie Meynert es wiederholt betont, nicht Sache des Arztes; dieser hat nur sein wissenschaftlich begründetes Gutachten als Sachverständiger — und nur als solcher — abzugeben, dass der Thäter krank sei oder nicht. Auch ist die Frage, ob jemand, der zur Zeit der Untersuchung als krank befunden wurde, die That im geistesgestörtem Zustande begangen habe, meiner Ansicht nach — so paradox und absurd es klingen mag — abzuweisen. Denn es kann ein Geisteskranker ein Verbrechen begehen, welches weder von der bestehenden Geistesstörung beeinflusst wird, noch damit in Zusammenhang steht. Wenn ein Paranoiker oder Epileptiker beispielsweise etwas stiehlt, so kann man nicht bestimmt behaupten, dass dies infolge einer Hallucination oder Wahnidee, beziehentlich in verwirrtem Zustande begangen wurde, sondern höchst wahrscheinlich aus egoistischen Gründen. Hieraus ergiebt sich, dass man nicht jede strafbare Handlung eines Geisteskranken ungeahndet, mindestens aber ungerügt lassen soll. Jeder halbwegs erfahrene Irrenarzt weiss, dass kleine Disciplinarstrafen auch bei den verblödetsten Idioten von didactischen Erfolgen begleitet werden. Um so weniger kann man demnach aus einer strafbaren That eine Geistesstörung construiren. Wenn jemand stiehlt oder einen Wechsel fälscht, um seine Passion zu befriedigen oder das Geld in liederlicher Gesellschaft zu verprassen, ist es keine Geistesstörung, sondern eine ganz gemeine Lumperei. Die Verschwendungssucht einer hochmögenden Dame ist kein Schwachsinn; höchstens geht es die Kasse des Herrn Gemahls an. Der etwas brüske und temperamentvolle Widerstand eines Ehemanns, der in gerechter Entrüstung das schändliche Betragen seiner Gattin nicht dulden mag, ist keine pathologische Reizbarkeit und Tobsucht, sondern eine vollauf gerechtfertigte Abwehr. Wie viele Rauf- und Trunkenbolde, wie



viel arbeitsscheues Gelichter verdankt nicht ihre Internirung falschen Angaben sachunkundiger Amtspersonen, die in dem brutalen Widersetzen gegen die Arretirung einen Tobsuchtsanfall, oder in einem Rauschzustande einen epileptischen Krampf wahrgenommen zu haben vermeinen. Diese angeblichen, in den amtsärztlichen Pareren ohne eingehendere Untersuchung wiedergegebenen Anfälle ziehen sich wie ein rother Faden durch die Annalen der Irrenanstalten und bedingen allein — trotz eingehenden, auf längere Beobachtung basirenden gegentheiligen Gutachtens der Anstalt — die stete und unerquickliche Kontroverse zwischen Gerichtspsychiatern und Anstaltsärzten und andererseits die wiederholte Einbringung der von denselben Gerichts-Experten für gesund erklärten, angeblichen Geisteskranken. Erwähnen möchte ich noch die häufigen Simulationen, die entweder infolge mangelhafter und nicht sachgemässer Beobachtung, oder einem minder geübten Experten als krankhafte Erscheinungen imponiren können; vornehmlich aber die durch unwissenschaftliche Exploration und unrichtige Interpretation des Milieus fälschlich aufgefasste und daher unhaltbare Geistesstörung, zumal den Schwachsinn und das moralische Irresein.

Die Kriterien der diesfälligen Beurtheilung sind zunächst schablonenhaft und nach oben verschoben. Es ist durchaus unrichtig, von jemandem, der nur zwei Realklassen absolvirt hat, beispielsweise — wie es thatsächlich der Fall — die Beschreibung des Mechanismus einer Locomotive zu verlangen und aus der mangelhaften Beantwortung der Frage geringe Intelligenz, beziehentlich Schwachsinn herausklügeln zu wollen. Die genossene Schulbildung ist kein Maassstab für die Gradmessung der Intelligenz; zumal das Gelernte ohne weitere Fortbildung und ohne zeitweilige Wiederholung vergessen wird. Andererseits aber ist beispielsweise ein italienischer Analphabet gewiss intelligenter als ein slovakischer Bauer, der vielleicht mit vorzüglichem Abgangszeugniss die Volksschule verliess. Wie viel Abiturienten — namentlich unter denjenigen, die die Mittelschule in der Grossstadt absolvirt haben — giebt es, welche einen Birnbaum von einem Apfelbaum unterscheiden können? Man wird schlechtweg nicht behaupten wollen, dass das Nichterkennen des Birnbaumes den Schwachsinn des soeben reif erklärten jungen Mannes begründet! Der Experte muss sich eben in den Gedankengang, den Beruf und in die Lebensweise und Anschauung des zu untersuchenden Individuums zurechtfinden und hineindenken können, will er ein richtiges Bild von der Auffassung desselben gewinnen und so zu einer wissenschaftlich richtigen Deduction gelangen; ohne dieses Postulat hat seine Untersuchung nur einen problematischen Werth.

Ungleich schwieriger gestaltet sich die Abgrenzung und die Erklärung des Begriffes moralischer Schwachsinn, moralisches Irresein. Und dies schon deshalb, weil man allenthalben im Unklaren zu sein scheint, was eigentlich unter Moral zu verstehen sei.

Zuvörderst muss betont und hervorgehoben werden, dass diese seelische Eigenschaft des Menschen nicht angeboren, sondern erworben wird. Sie ist, in objectiver Würdigung der scharfsinnigen und auf langjährige Erfahrungen begründeten Deductionen Baers und neuerdings Bessers nichts anderes als ein Erziehungsresultat. So wenig man die psychologische Genesis des Characters, des Temperaments, der Gemüths- und Gefühlsstimmung mit ihrer mannigfach wechselnden Nüancirung zu erklären vermag, so wenig ist man berechtigt, von der ethischen Empfindung, die mit den angeführten seelischen Aeusserungen vielfach zusammenhängt und von ihnen beherrscht wird, als von etwas selbständigem, positiv gegebenem zu sprechen.

Nach Herbart'scher Definition ist die Ethik entweder als durch kirchliche Gebote und Strafgesetze bedingt — also als positive Moral, oder als durch Erfahrungen, namentlich infolge Naturerkenntnisse, erworben — also als philosophische Moral aufzufassen.

Mit anderen Worten: man begeht nicht deshalb eine strafbare Handlung, oder befleissigt sich, moralisch und sittlich zu erscheinen, weil man durch seelische Motive hiervon abgehalten wird, sondern weil man die Strafe fürchtet, beziehentlich das Gerede des Nachbars scheut und somit die gesellschaftliche Reputation, oder besser gesagt, den Schein derselben zu wahren bestrebt ist. Andererseits, wie viel Niedertracht, Bosheit, Neid, Missgunst, Verleumdung und gemeine Gesinnung steckt nicht hinter einer heuchlerischen, tugendhaft sich geberdenden Maske?

Die Zahl der altruistisch denkenden, fühlenden und sich bethätigenden Menschen ist verschwindend gering. Denn ist es nicht beschämend, dass, während die allgemeine Wohlhabenheit zunimmt und der Reichthum sich vermehrt, für die Humanität so wenig wie nichts geopfert wird. Man lese nur Zolas Nana, Totschläger, Germinal, Erde, Geld etc., und man betrachte das Leben, das Hasten der Menschen der verschiedenen Gesellschaftsklassen, um sich von den gleichartig sich wiederholenden Typen und Characteren zu überzeugen. Hoch oben maasslose Herrsch-, Macht- und Genusssucht, krasse und imperative Betonung des primären Ichs, Intriguen, die auch den Gewaltact nicht scheuen, und Ignorirung der konventionellen Anstands- und Sittlichkeitsgesetze.

In der Mitte rücksichtslose Streberei, Verleugnung des Selbstbewusstseins, Kriecherei nach oben, Enkanaillisirung nach unten, Titel- und Ordenssucht, Nepotismus und Protection.

Nach unten Arbeitsscheue, Diebstahl, Trunksucht, Auflehnung gegen die bestehenden Gesetze und gegen die Gesellschaftsordnung, Zuhälterei und Prostitution, Nihilismus und Anarchismus.

Die geringen Ausnahmen bestätigen nur die Regel; denn fast jedem Menschen haftet — wenn auch im geringen Grade — irgend eine von den angeführten Eigenschaften an. Hieraus ergiebt sich die logische Folgerung, dass in jedem gegebenen Falle in foro stets die Individualität, das Metier, die Anschauungs-, Lebens-, namentlich Erziehungsweise des Imploraten berücksichtigt werden, dass der Experte in das Milieu desselben sich hinein zu denken bemühe.

In Befolgung dieser Directiven glaube ich, dass es gelingen werde, die, namentlich in letzterer Zeit in bedenklicher Weise sich vermehrenden, forensischen faux pas zu vermeiden. Der wichtigste wissenschaftliche Behelf psychiatrisch-diagnostischer Forschung ist aber in erster Linie die Exploration. —

Erwähnen möchte ich noch die vielseitig besprochene Frage der Trunksucht. Während einerseits betont wird, was wissenschaftlich nachgewiesen ist, dass der Genuss alkoholischer Getränke auch in geringsten Mengen gesundheitsschädlich wirkt und irreparable Folgen nach sich zieht, werden anderseits Unsummen geopfert, um beispielsweise die Weinkultur zu heben und zu fördern; bildet doch der Alkoholkonsum die wichtigste Einnahmsquelle der meisten Staaten. Wo liegt nun die Consequenz? Wenn der Beweis der Schädlichkeit des Alkoholgenusses unzweifelhaft erbracht ist, so müsste man logischer Weise dahin wirken, dass derselbe — in richtiger Würdigung des medicinischen Satzes: cassante causa cessat effectus — unmöglich gemacht werde. Um diesem Problem gegen eine durch tausende von Jahren sich eingebürgerte Sitte zum Siege zu verhelfen, bedarf es geraumer Zeit und emsiger Arbeit. Mich dünkt es aber, dass auch hierin die einzuschlagenden Wege noch nicht einheitlich festgesetzt sind. Allerdings vermögen die diesfälligen wissenschaftlichen Erörterungen in der Fachpresse und die Referate in den Conferenzen zur endlichen Lösung der Aufgabe sehr viel beizutragen, allein die grosse Masse des Volkes, die in dieser Frage vornehmlich in Betracht kommt, erfährt hiervon wenig oder fast nichts.

Zuvörderst wären Volksbildungsvereine zu gründen, deren Aufgabe, nebst Besprechung populär-wissenschaftlicher, wirthschaftlicher und socialer Fragen, auch die Belehrung über Volks-Hygiene, Krankheiten, insbesondere aber über Alkohol und Syphilis sein müsste. Letzteres liesse sich erzielen durch Erwerbung populär-wissenschaftlicher Bücher und Zeitschriften, namentlich durch gewiss gern gewährte Mitwirkung der interessirten Fachmänner, wie Juristen, Aerzte, Lehrer, Verwaltungsbeamte usw. usw. Zuvörderst aber wäre ein — nach englischem und amerikanischem Beispiel — wichtiges Postulat zu erfüllen: Die Errichtung von Volkshallen. Denn, während die best- und besser situirten Gesellschaftsklassen schon vermöge sorgfältigerer Erziehung und gegebener Beispiele in geringerem Maasse der Trinksitte huldigen, andererseits aber durch Club- und mannigfaches Vereinswesen, durch Wissenschaft, Kunst, Sport usw. hiervon abgelenkt und anderweitige Anregungen suchen und finden, ist der schwer arbeitende, im Daseinskampf fast erbitterte kleine Mann — in Ermangelung derartiger Zufluchtsstätten, wo ihm gleichartige Genüsse und Ablenkungen geboten werden könnten — fast ausschliesslich auf das Wirthshaus angewiesen, wo er in Gesellschaft Gleichgesinnter Aussprache findet, wo er aber auch, durch schlechte Beispiele angeregt, zum Trinken verleitet wird, worin er für seine vermeintliche elende Existenz Trost zu finden glaubt. —

Besprechenswerth dünkt mich auch die neuerdings vielfach discutirte Frage der Benennung der Irrenanstalten, wiewohl nicht recht ersichtlich erscheint, was man gegen die Bezeichnung: „Irrenanstalt" einzuwenden hätte. Und wenn man schon das Bestreben zeigt, auch hierin fortschrittlich-humanitäre Tendenzen zu propagiren, so greife man nicht zu alten, offenbar aus irgend einem Grund unpassend gefundenen und abgetanen Benennungen wie: Irren-Heil- und Pflegeanstalt. Zudem ist es ein Pleonasmus, eine selbstverständliche attributive Eigenschaft einer Sache — in diesem Falle das Wort: Heil — überflüssiger Weise zu betonen. Andererseits ist die Bezeichnung: Pflege, Pflegeanstalt falsch und unzutreffend; denn sie setzt Hinfälligkeit, Pflegebedürftigkeit voraus, was gleichfalls unrichtig ist. Eher könnte man die Bezeichnung: Bewahranstalt wählen; allein diese wäre schon deshalb zu vermeiden, weil sie einen detentionshaften Character verräth. Zweckmässiger und schon des gefälligeren Wohllautes halber empfehlenswerther wäre — die von Alt vorgeschlagene holländische Benennung: Anstalt für Kranksinnige modificirend — den Namen: Anstalt für Sinneskranke einzuführen. —

Zum Schlusse sei es mir gestattet, einige Bemerkungen hinsichtlich der Irrenpflege einzuschliessen. Die

ehrlichen Bestrebungs-Tendenzen der Psychiater: Die Irrenpflege gleichfalls in humanitär-fortschrittlichem Sinne zu heben, zu welchem Zwecke ein auf höherem Bildungsniveau stehendes Pflegepersonal gefordert wird, wird von mancher unberufenen Seite dahin ausgelegt, dass „ein gutes Pflegepersonal für Geisteskranke nicht überall in der erforderlichen Menge vorhanden sei, weil die Diaconen und Diaconissen zum grössten Theil für andere Arbeiten verwendet werden müssten"! — Diese Behauptung wurde in der Jahresversammlung des Evangelischen Vereins zu Hannover von Pastor Fliedner aus Marburg aufgestellt. (Siehe den Bericht im „Hannoverschen Courrier" vom 5. XI. 04, dem das vorstehende und das nachstehende Citat entnommen sind.) Hiermit soll implicite das gesagt sein, dass das weltliche Pflegepersonal zur Irrenpflege nicht tauge und hierzu nur die Diaconen und die Diaconissen berufen wären! Nun gesetzt den Fall, dass diese unerwiesene und unrichtige Enunciation berechtigt wäre, frage ich, wie, wo und wann haben jene die ausschliessliche Befähigung zum Pflegeberuf erlangt? Sind sie vielleicht als geborene Genies hierzu auserkoren? Haben sie nicht vielmehr ihre Kenntnisse der Krankenpflege der medicinischen Wissenschaft, beziehentlich der ärztlichen Belehrung zu verdanken!? Der erwähnte Referent verstieg sich sogar zu dem heuristischen Dictum —, „dass man es bei den sogenannten Geisteskrankheiten eigentlich nicht mit einer Erkrankung des Geistes, sondern mit einem Kranksein des Gemüthes zu thun habe, womit Hand in Hand die Gehirn- und Nervenerkrankung gehe. Es sei verfehlt, einen Irrsinnigen nur als leiblich Kranken zu behandeln, vielmehr müsse man ihm, in den meisten Fällen wenigstens, auch eine seelische Behandlung zutheil werden lassen. Erstere sei Sache des Arztes, letztere die des Geistlichen, und beides zusammen die des Wärterpersonals"!! — Und unter letzteren ist selbstverständlich — wie aus dem früheren Satze hervorgeht — das Diaconissenthum verstanden. Herr Pastor Fliedner ist im übrigen grossmüthig genug, den Aerzten die Behandlung der somatischen Erkrankungen und im geringen Maasse (!!) auch die der Geisteskrankheiten zuzugestehen, hält aber als den wichtigsten Factor in beiden Fällen das Diaconissenthum wichtiger als seinen eigenen Stand.

Woher Herr Pastor Fliedner seine profunde Gelehrsamkeit in der Erkenntniss psychischer Erkrankungen geholt hat, ist durchaus irrelevant; seiner wissenschaftlichen Erforschung gewiss nicht!

Die Errungenschaften medicinischer Erkenntnisse, die ungeahnte hohe Blüthe, zu der sich die Psychiatrie, namentlich aber die überaus humane Behandlungsweise psychiatrischer Erkrankungen emporrang und mit unermüdlichem Eifer zum höchsten Ideale menschlichen Könnens entgegeneilt, sind die Frucht aufopferungsvollster Arbeit medicinischer Geistesheroen, die selbstlos und uneigennützig ihr Leben und ihr Herz dem Wohle der Menschheit gewidmet haben! Jedem, der in übermüthiger und herrschsüchtiger Arroganz sich anmaasst, an diesem Werke der Humanität zu rütteln, sei ein energisches hands off zugerufen!! Zugleich muss ausdrücklichst gefordert werden, dass alles, was mit dem ärztlichen Berufe irgendwie zusammenhängt — sei es weltlich oder geistlich — nach wie vor unter unmittelbarer ärztlicher Leitung, beziehentlich Belehrung untergeordnet bleiben muss! — Wer das Gruseln mittelalterlicher menschlicher Verirrung noch nicht gelernt hat, dem sei der Name: „Alexandriner" in Erinnerung gebracht. Oder er sehe sich die kettenrasselnde Männer-Irrenanstalt in Venedig an! Ein wahrhaft trauriger und grauenerregender Anblick! Zugleich aber ein bedauerliches und beschämendes Zeugniss, dass im Jahrhundert der höchsten Kultur und Humanitätsbestrebung eine derartige Anstalt überhaupt möglich ist!! — Nach dieser unwillkürlichen und gewissermaassen aufoctroyirten Excursion erlaube ich mir, zu dem Eingangs dieses Satzes angeführten Thema der Bestrebungen hinsichtlich der Hebung des Irrenpflege-Dienstes zurückzukehren.

Eine wirksame Lösung dieser Frage liesse sich unter anderem — wie Organisation der Pflegepersonen, Unfallversicherung derselben usw. — durch Errichtung von Pflegepersonen-Heimen an den Centralanstalten — wie dies beispielsweise in Holland und England der Fall — erzielen. Hierdurch wäre einerseits die Möglichkeit gegeben, auch bessere und gebildetere Gesellschaftsklassen zum Pflegeberuf heranzuziehen, anderseits aber durch Einführung mindestens dreijähriger Kurse ein in jeder Hinsicht qualificirtes Pflegepersonal heranzubilden. Und wenn schon aus financiellen Gründen nicht thunlich erscheint, sämmtliche Pflegestellen mit in angedeutetem Sinne ausgebildeten Pflegepersonen zu besetzen, zumal sie ihrer höheren Befähigung gemäss auch entsprechend honorirt werden müssten, so mögen diese wenigstens zum Stations-(Trakt-) Pflegeposten und allenfalls als eine oder zwei stellvertretende Pflegepersonen auf jeder Station herangezogen werden. Die übrigen Pflegestellen könnten mit minder befähigten und dementsprechend besoldeten, sogenannten Hilfspflegepersonen besetzt werden. Die Verehelichung der weiblichen Pflegepersonen wäre — wie dies in Holland

und England der Fall — aus wohlbekannten, den Dienst in höchstem Grade störenden Gründen nicht zu gestatten. —

Ich bin hiermit mit meinen Ausführungen zu Ende. Und wenn ich mir noch ein Wort zu sagen erlaube, so wäre dies ein wohlgemeinter Vorschlag, dahingehend: es möge im Interesse der psychiatrischen Wissenschaft und deren Vertreter — seitens der Regierungen oder der psychiatrischen Vereine — ein allgemeiner Kongress angeregt werden, dessen Aufgabe wäre, die angezogenen Fragen zu erörtern und dieselben in angedeutetem Sinne — wenigstens in facultativ bindender Weise — zu lösen.

Mittheilungen.

— **Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater** in München am 13. und 14. Juni 1905. Ca. 100 Theilnehmer. Vorsitzende: Direktor Dr. Vocke-München und Direktor Dr. Herfeldt-Ansbach. — Auf Antrag Vockes wurde die jährliche Erstattung von Referaten eingeführt. 1906 wird Vocke „über die Lage des irrenärztlichen Standes" referiren, 1907 Alzheimer-München über die „stationäre Paralyse". Vorträge:

1. Kraepelin-München: Fragestellungen in der klinischen Psychiatrie. K. erörtert eine Reihe der bekannten schwebenden Fragen in der klinischen Psychiatrie, weist auf die bei der Abgrenzung mancher Krankheitsformen noch bestehenden Unsicherheiten hin und betont gegenüber der Beschäftigung mit anatomischen und neurologischen Untersuchungen die Nothwendigkeit der keineswegs übermässig viel Zeit und Geduld erfordernden einfachen klinischen Beobachtung. Diese muss sich aber nicht nur auf einen oder einzelne Abschnitte, sondern auf die Gesammtstrecke des Krankheitsverlaufs ausdehnen. Da der rasche Wechsel des Krankenmaterials und der nur kurze vorübergehende Aufenthalt der Kranken in den psychiatrischen Universitätskliniken der Lösung der meisten klinischen Fragen hinderlich ist, so wird diese wichtige Aufgabe am erfolgreichsten in den Anstalten geleistet werden können, wo die Kranken bis zu ihrer Genesung oder dauernd verbleiben. Die Arbeiten der Klinik bleiben Stückwerk, wenn diese nicht mit den Anstalten zusammenarbeitet; hingegen wird das Streben der Klinik hauptsächlich auf die Ausarbeitung expermimenteller Untersuchungsmethoden und eine fruchtbare Verwendung der Ergebnisse der übrigen Wissenschaften zu richten sein.

2. Nissl-Heidelberg: Psychiatrische Fehldiagnosen. Betont den Nutzen der Analyse fehlerhaft diagnosticirter Fälle für die Förderung der klinischen Psychiatrie, wobei ebenfalls die Möglichkeit, solche Krankheitsfälle bis zum Ende zu beobachten, vorausgesetzt wird.

3. Specht-Erlangen: Chronische Manie und Paranoia. Erklärt die chronische Manie für eine nicht selten vorkommende, durchaus selbstständige und den konstitutionellen Geistesstörungen zugehörige Krankheitsform. Secundäre Symptome, die durch die Chronicität an sich bedingt seien, spät auftretende, nicht systematisirte, pseudoparanoische Wahnbildungen auf Grund pathologischer Stimmung, von der sie auch beständig abhängen, und von der sich die Wahnideen nicht wie bei der Paranoia später emancipiren; ferner Manieren und Bizarrerien, compliciren das Krankheitsbild, das bezüglich des Grades der manischen Erregung, abgesehen von gelegentlicher vorübergehender heftiger Tobsucht und deliranter Verworrenheit, im Wesentlichen der Hypomanie entspricht. Diese chronischen Maniaci beanspruchen bei der forensischen Beurtheilung grosses Interesse, weil es oft schwer ist, einem Laien die Ueberzeugung von der krankhaften Natur der hypomanischen Erregung beizubringen. Marktfahrer, Spassmacher unter dem fahrenden Volk, Sektirer, Chauvinisten sind schwach ausgebildete Typen der chronischen Manie. Ausgeprägtere Fälle derselben werden irrthümlich unter der Diagnose Pananoia, chronischer Alkoholismus oder epileptische Seelenstörung untergebracht.

4. Gaupp-München erörtert an der Hand von ca. 350 Fällen die verschiedenen Depressionszustände des höheren Lebensalters, einschliesslich der bei Paralyse, Hirnlues, Arteriosklerose, Infektionen und Intoxicationen vorkommenden.

5. Fauser-Stuttgart: Zur Psychologie des Symptoms der rhythmischen Betonung bei Geisteskranken. Es giebt rhythmische Automatismen in relativer Unabhängigkeit vom physischen Leben und solche im Dienst mehr weniger bewusster Triebe oder des Willens. Die Anlage, nicht nur zum einfachen „Rhythmisiren", sondern auch zum „Taktiren", „Accentuiren" und „Betonen" ist ebenfalls in unserem Organismus vorgebildet; es sind dies mechanisirte Willenshandlungen, Niederschläge des natürlichen Auf- und Abwogens der Aufmerksamkeit; durch hinzutretende Muskelcontractionen objectivirt sich die subjective, rhythmische Betonung. Z. B. beim Gang, bei der Sprache, sofern bei letzterer nicht Rücksicht auf Sinn und Zusammenhang die natürliche Neigung, den sinnlichen, biologisch-zweckmässigen Antrieb zum Rhythmus hintanhalten. Als pathologisches Symptom bedeutet die rhythmische Betonung umgekehrt ein Zurücktreten des Willens und der activen Aufmerksamkeit hinter den sinnlichen, biologischen Antrieben zum Rhythmus; daher die Häufigkeit des Rhythmisirens bei psychischen Zuständen mit Schädigung der Aufmerksamkeit und des Willens, besonders bei Verblödungspsychosen.

6. Specht-Tübingen: Einige Bemerkungen zur Lehre von den traumatischen Neurosen. S. unterscheidet 2 Gruppen: eine solche, wo die krankhafte Ermüdbarkeit eine Hauptrolle spielt, und eine andere, welche wegen ihrer psychogenen Symptome der Hysterie verwandt sei. Vielleicht bleiben dann als echte traumatische Neurosen diejenigen organischen Ursprungs. S. stützt seine Ansicht auf psychologische, durch Curven veranschaulichte Untersuchungen.

7. Alzheimer-München: Ergiebt sich ein annähernd gleicher Krankheitsprocess bei allen Geisteskrankheiten mit anatomischem Befund? (Mit Projektion mikroskopischer Bilder verschiedener Rindenerkrankungen.)

Die Localisation eines Krankheitsprocesses in der Hirnrinde ist nur für Zustandsbilder von Bedeutung, die Art des Krankheitsprocesses hingegen für den Verlauf, daher muss anatomisch letztere als Unterscheidungsmerkmal für die verschiedenen Krankheiten dienen. Verschiedene Krankheitsprocesse können bei gleicher Localisation annähernd gleiche Zustandsbilder erzeugen, werden aber nie gleichen Verlauf zeigen (z. B. Presbyophrenie und Korsakowsche Psychose); derselbe Krankheitsprocess kann wegen verschiedener Localisation in dem einen Fall andere Zustandsbilder als in dem anderen zeigen, wird aber in beiden gleich verlaufen. Schon heute sei der Satz, dass wir für keine psychische Erkrankung eine besondere Ganglienzellenveränderung kennen, nicht mehr giltig. Bei den verschiedenen Krankheiten lasse sich ein verschiedenes Verhalten der Glia bezüglich Neigung zu Kerntheilung, Vergrösserung des protoplasmatischen Zellleibes, Pigmententartung, Faserbildung und anderer regressiven Veränderungen nachweisen, welche Ansicht A. auf seine durch Abbildungen und Mikrophotogramme veranschaulichten Befunde stützt. Wahrscheinlich werden sich auch für die nicht zu Verblödung führenden Psychosen anatomisch verschiedene Processe ergeben. A. zeigt Präparate von atypischer Dementia präcox, in denen auch die Localisation eine atypische war.

8. Weiler-München: Demonstration eines neuen Pupillenmessapparates. Der Apparat besteht im Wesentlichen aus folgenden Theilen: 1. dem Beleuchtungsapparat, 2. dem Beobachtungsapparat, 3. dem Messapparat, 4. den Apparaten zur Zeitmessung, 5. dem Apparat zur kinematographischen Aufnahme der Pupillenbewegungen.

Zur Beleuchtung des Auges können abwechselnd Nernst- oder Bogenlampen verwendet werden. Die Intensität des Lichtes ist von 0 bis ca. 800 Meterkerzen abstufbar. Die Lichtzufuhr zum Auge kann, ohne dass die Lampen ein- oder ausgeschaltet zu werden brauchen, jeden Augenblick geöffnet oder geschlossen werden. Das Licht fällt in Form eines parallelen Strahlenbündels in's Auge. Der Apparat ist so eingerichtet, dass sowohl ein Auge allein, wie auch beide zusammen beleuchtet werden können.

Der Beobachtungsapparat besteht im Wesentlichen aus einem Fernrohr, das gestattet, das Auge in vergrössertem Masse zu betrachten.

Die Messung der Pupillengrösse geschieht, ähnlich wie bei den bisher construirten Projectionspupillometern, an einem in die Ebene der Pupille gespiegelten Messapparat, nur mit dem Unterschied, dass kein Maassstab ins Auge gespiegelt wird, sondern statt dessen zwei gegeneinander verschiebbare Stäbchen. Die Weite der Pupille wird nach geschehener Messung an einer Skala in Zehntelmillimetern direct abgelesen.

Neben einer exacten objectiven Messung der Pupillengrösse gestattet der Apparat auch eine genaue Messung der zeitlichen Verhältnisse des Ablaufs der Pupillenreactionen. Diese Apparate im einzelnen zu beschreiben, ist hier nicht der Platz.

Um mit dem Apparat die Bewegungen der Pupille kinematographisch aufzunehmen, wird auf einen Ansatz ein gewöhnlicher Meester'scher Kinematograph aufgesetzt und die Aufnahme mit Bogenlicht gemacht.

Der Apparat besitzt noch eine Reihe kleiner Nebenapparate, unter andern auch einen solchen zur Bestimmung der Convergenzreaction, die zu beschreiben zu weit führen würde.

Vortr. zeigte einige mit dem Kinematographen gemachte Aufnahmen der Lichtreaction der Pupille und projicirte zum Schluss eine solche mit dem kinematographischen Projectionsapparat.

9. Otto Ranke (München): Ueber eine besondere Form von Entwicklungsstörung der menschlichen Grosshirnrinde. Dr. Otto Ranke zeigte eine Anzahl microskopische Präparate von einem in frühester Kindheit gestorbenen microcephalen Knaben. Macroskopisch waren in diesem Falle Microencephalie und Micromyelie, vor allem aber weitgehende microgyrische Veränderungen gefunden worden. Microskopisch ergab sich in den microgyrischen Partien eine völlige Aufhebung der normalen Rindenarchitektonik, eine ganz unregelmässige Gruppirung der Hirnrindenzellen, wie sie in der Literatur bereits mehrfach unter den Bezeichnungen der „korticalen Heterotopien" und der „Microgyrie" beschrieben worden ist. An der Hand zahlreicher Präparate aus der normalen Rindenentwicklung beim menschlichen Foetus machte nun der Vortragende darauf aufmerksam, dass man diese Anomalie wohl zurückführen dürfe auf ein Stehenbleiben der normalen Rindenentwicklung in der Zeit des von Retzius und His beschriebenen fötalen Wärzchenzustandes der Rinde (status corticis verrucosus simplex s. Retzii), auf eine Weiterbildung im Sinne dieses Stadiums und einen hie und da innerhalb der „microgyrischen" Partien einsetzenden Versuch zur Windungsbildung. Um auf den höchst wahrscheinlich vorhandenen Zusammenhang der demonstrirten Bildungsanomalie mit dem fötalen Wärzchenzustand in der Bezeichnung hinzudeuten, wurde für dieselbe der Name status corticis verrucosus deformis in Vorschlag gebracht.

Ein kurzer Hinweis darauf, dass man den status verrucosus simplex wohl am besten als eine phylogenetische und ontogenetische Vorbereitung der Windungsbildung des Gehirns anzusehen hat, und dass sowohl sein Auftreten und Wiederverschwinden in der normalen Entwicklung, als auch seine patho-

logische Umbildung zu dem meist bei Idioten beobachteten status verrucosus deformis irgendwie auf die Gefässversorgung des Gehirns zurückzuführen sein dürfte, schloss den Vortrag. (Eigenbericht.)

(Schluss folgt.)

Referate.

— Ueber Gemeingefährlichkeit vom ärztlichen Standpunkte aus. Vortrag von Prof. Dr. Cramer (Göttingen). Halle a. S. 1905. Verlag von C. Marhold. 16 S. Preis M. 0,50. (Jurist.-psychiatr. Grenzfragen, 3. Bd., Heft 4.)

Die Gemeingefährlichkeit der Geisteskranken wird entschieden übertrieben. Wenn die Uebertreibungen in der Presse in dem bisherigen Maasse weitergehen, besteht die Gefahr, dass Maassregeln getroffen werden, durch welche die Irrenanstalten den Charakter der Krankenhäuser verlieren. Viele gemeingefährliche Handlungen können durch rechtzeitige Aufnahme der Kranken verhindert werden und diese werden erzielt durch Aufklärung des Publikums und durch Erleichterung des Aufnahmeverfahrens. Nach eingetretener Besserung hat unbedingt die Entlassung zu erfolgen; zum Schutze des Publikums empfiehlt es sich aber die Entlassenen noch längere Zeit unter geeignete ärztliche Aufsicht zu stellen.

Arnemann-Grossschweidnitz.

— Cesare Lombroso: Die Ursachen und Bekämpfung des Verbrechens. Autorisirte Uebersetzung von Dr. Hans Kurella und Dr. E. Jentsch. Berlin. Hugo Bermühler Verlag. 1902. 403 S.

Ungefähr zu der gleichen Zeit, zu der uns Aschaffenburg mit seinem trefflichen Buche „Das Verbrechen und seine Bekämpfung" beschenkt hat, zu der der bekannte russische Psychiater Kovalewsky zu den Fragen der Criminal-Anthropologie in seinem Buche „La psychologie criminelle" Stellung genommen hat, erscheint die deutsche Uebersetzung des vorliegenden Lombroso'schen Werkes. Wir verdanken sie dem unermüdlichen deutschen Vorkämpfer für Lombroso's Lehre, Kurella.

Es liegt nahe, die drei Werke miteinander zu vergleichen, ihre Uebereinstimmungen und Differenzen hervorzusuchen, und vor allem den Controversen genauer nachzugehen. So verlockend und auch vielleicht erspriesslich ein solches Vorgehen ist, so muss Ref. doch hierauf verzichten. Es würde zu weit führen, und das Referat würde den Rahmen in dieser Zeitschrift weit übersteigen.

Daher mögen folgende Bemerkungen genügen.

Ueber die Hälfte des Buches beschäftigt sich mit den Ursachen, die somit Lombroso viel eingehender behandelt, als er es früher gethan hat. Hier sei besonders hingewiesen auf seine Ausführungen über den Einfluss der Armuth, des Wohlstandes und der Erblichkeit. Der Alkoholismus mit seinen so vielfachen und innigen Beziehungen zur Criminalität wird gebührend berücksichtigt.

Der zweite Theil beschäftigt sich mit der Vorbeugung und Heilung des Verbrechens. Vor allem redet er den Strafersatzmitteln im Sinne Ferri's das Wort. Er verlangt Erleichterung der Ehescheidung, Gewährung der grössten Freiheit an die Presse, energische Bekämpfung des Alkoholismus, eine verständige und zweckmässig organisirte Wohlthätigkeit. Der wohlthätige Einfluss der Religion und des Unterrichts wird sehr übertrieben. Besser ist es, den Körper zu stärken und auf die Erziehung des Characters Werth zu legen. Er fordert eine weitgehende Reformirung unseres heutigen Gefängnisswesens, an dem er eine scharfe Kritik übt; das Beispiel soll eben mehr als das Wort, die praktische Moral mehr als die theoretische Doctrin einwirken. Der Deportation redet er nicht das Wort. Sehr energisch spricht er sich gegen Schwurgerichte aus.

Das letzte Kapitel ist betitelt: „Zusammenfassung und Anwendung auf den Strafvollzug". Entsprechend der Nothwendigkeit des Verbrechens giebt es eine Nothwendigkeit der Abwehr des Verbrechens, folglich der Strafe; das ist die natürliche Notwendigkeit des Rechts der eigenen Vertheidigung. Es muss aber mehr auf den Verbrecher, seine Natur und Anlage, sein Geschlecht und Alter, auf das leitende Motiv der That als die That selbst geachtet werden. Die Strafdauer muss unbestimmt sein und eine gewisse Vielseitigkeit besitzen. Körper- und Geldstrafen sollen wieder angewandt werden. Der Geschädigte verdient eine Entschädigung. Nothwendig ist die Errichtung besonderer Criminalirrenanstalten, die ärztlich geleitet sind. Die Berechtigung der Todesstrafe für bestimmte Fälle wird zugegeben.

Der Nutzen der neuen Reformen wird erwiesen durch die Ergebnisse der letzten Statistiken aus London und Genf, die ein merkliches Herabgehen der Criminalität constatiren.

Dies der kurze Inhalt des Buches, das die bekannten Vorzüge und Nachtheile Lombroso'scher Arbeit erkennen lässt. Verf. verdient Anerkennung für die Fülle des reichen Materials, das er verwerthet; aber wir werden ihm nicht in allen seinen Schlüssen folgen. Vor allem gilt das von seiner Ansicht, dass die Basis der criminellen Neigung immer epileptischer Natur sei. Das gilt auch von seinen Ausführungen über die psychiatrische Sachverständigenthätigkeit. Vorläufig wenigstens tragen wir noch berechtigte Bedenken, nach dem Ausfalle von spygmographischen Untersuchungen endgiltig die Frage zu entscheiden, ob der Angeschuldigte an diesem oder jenem Verbrechen theilgenommen, oder aus anthropologischen Merkmalen Schlüsse auf die Schuld oder Unschuld des Angeklagten zu ziehen. Schultze.

Personalnachrichten.

— Geh. Sanitätsrath Prof. Heinrich Laehr, der Begründer und langjährige Leiter der Nervenheilanstalt „Schweizerhof" in Zehlendorf bei Berlin. Herausgeber der Allgemeinen Zeitschrift für Psychiatrie, ist am 17. d. Mts. im Alter von 86 Jahren gestorben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 23. 2. September. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Stellung der Irrenpflegeanstalten.

Von Dr. *Starlinger*, Direktor der Kaiser-Franz-Josef Landesheil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling, Niederösterreich.

Nicht gar selten hört man über die reinen Irrenpflegeanstalten geringwerthige Urtheile. Die moderne Heil- und Pflegeanstalt sieht geringschätzig auf sie herab und selbst die Funktionäre in den Pflegeanstalten fühlen, wenn auch nicht sich selbst so doch ihre Stellen und Funktionen minderwertig. Die Klage, dass sie nolens volens in ihren wissenschaftlichen Bestrebungen benachtheiligt seien, dass ihre ärztliche Thätigkeit mehr einseitig wird, gewissermassen verödet, sowie dass der stete Verkehr mit chronischen aussichtlosen Fällen auf die Dauer höchst drückend wirkt, hört man deshalb nicht selten. Ist auch nicht zu verkennen, dass ein Theil dieser Klagen einen gewissen Grad von Berechtigung haben, so möchte ich dennoch nicht mit der Anschauung jener übereinstimmen, die dieselben voll und ganz für berechtigt halten.

Es unterliegt keinem Zweifel, dass die moderne Heil- und Pflegeanstalt mit der Vereinigung des Gesammtrüstzeuges für Irren-Heilung und -Pflege jeder anderen Anordnung vorzuziehen ist. Ich habe schon früher einmal das diesbezügliche hier darzulegen versucht, wonach eine moderne Anstalt die Summe aller auf Irren-Heilung und -Pflege bezüglichen Einrichtungen derselben enthalten soll von der Klinik angefangen bis hinaus in die Kolonie und Familienpflege mit Siechen-, Idioten- und Epileptiker-Abtheilungen etc.

Alles was an psychischer Störung leidet, gehört zusammen, genau so wie beim Krankenhaus, wo man auch die chirurgischen und internen Abtheilungen mit allen anderen Specialitäten nicht die eine dort und die andere in einen anderen Stadttheil legt, sondern nach der alten Grundregel natura non habet saltus hübsch bei einander hält. Ein allgemeines Irrenkrankenhaus oder wie man das dann nennen will, glaube ich, soll man sich zum Zielpunkt stecken. Der Name thut übrigens nach meiner Meinung weniger zur Sache. Ob man das so oder so nennt, der Makel wird nicht zu verwischen sein, wenn der Inhalt derselbe bleibt. Wenn blos die Geisteskranken sensu strictiori allein zusammengehalten werden, wird sich der Begriff nicht ändern. Will man diesen Anstalten den Beigeschmack nehmen, so muss sich eben der Inhalt ändern, dann wird kein Name mehr unangenehmer klingen als der andere. Nicht unpassend scheint mir in dieser Hinsicht die Erweiterung der Aufnahmen für die Irrenanstalten auf die Neurosen auszudehnen mit dem Rechte des freiwilligen Eintrittes. Bilden zwar letztere für die Anstaltsfunktionäre und namentlich für den Leiter oft eine rechte Plage und Sorge, zur Popularisirung des Anstaltsbegriffes tragen sie doch ein Wesentliches bei. Dadurch, dass diese in die Irrenanstalt kommen und gehen, wie in jedes andere Krankenhaus, und sich frei und unauffällig in- und ausserhalb der Anstalt bewegen können und dürfen, nehmen sie der Anstalt den unangenehmen Nimbus des Eingesperrten und Hoffnungslosen. In der Richtung dürfte vielleicht unser Streben, die Irrenanstalt ebenso populär zu machen, wie irgend eine andere Krankenanstalt, eher von Erfolg begleitet sein.

Einstweilen freilich müssen wir noch manche dieser Fragen zurückstellen und mit den vorhandenen uns begnügen.

Das Ideal gehört wie gesagt der modernen Anstalt. Aber nicht überall sind solche zu haben und man wird noch lange nicht alle anderen vom Erdboden verschwinden machen können.

Ein häufig beliebter Ausweg, die älteren Anstalten einer neueren anzugliedern, hat derselben gewisser-

massen auch noch einen neuen Firniss gegeben, so dass dadurch der Zeitpunkt ihres Verschwindens eher hinaus als herzu gezogen erscheint. Gegen die Pflegeanstalt als solche richtet sich ja auch garnicht unser Bestreben, wir denken sie uns ja auch in eine moderne Anstalt hinein, nur die örtliche Trennung bildet den Schatten, welcher auf den organischen Zusammenhang und den freien Verkehr zwischen beiden ausserordentlich hemmend wirkt. Die ärztliche Thätigkeit aber wird mit Unrecht in letzterer für minderwerthiger gehalten. Meines Erachtens ist dieselbe in der Pflegeanstalt gerade so schätzbar und hoch zu halten, wie in der Heilanstalt. Sie ist nur anders, ganz anders. Ein tüchtiger und verdienstvoller Kollege in der Heilanstalt kann vielleicht in der Pflegeanstalt sich und anderen keine Befriedigung schaffen und umgekehrt, so verschieden ist die Aufgabe beider, aber minderwerthiger ist keine. Jede erfordert eine volle Kraft an Fleiss, Kenntnissen und Umsicht hier wie dort. Auf der Heilabtheilung mehr medicinische, auf der Pflegeabtheilung mehr psychiatrische Arbeit, aber überall wird dieselbe Hingebung und Fleiss benöthigt.

Leider ist selbst unter Fachleuten die irrige Anschauung verbreitet, dass man für ruhige und selbst auch harmlose Geisteskranke die ärztliche Thätigkeit nicht so hoch zu bemessen hat. Was ist denn da viel zu behandeln, was giebt es denn da viel zu thun oder zu verantworten, sind keine seltenen Redensarten. Und dennoch wie falsch. Die Verantwortung vor schweren Conflikten ist allerdings weniger zu fürchten, aber die Sorge ist nicht geringer deshalb. Die Harmlosen und Ruhigen brauchen in der Anstalt allerdings nicht der Gegenstand besonderer Aufmerksamkeit zu sein. Auch heute noch nicht. Ganz anders aber liegen die Verhältnisse in der Anstalt. Hier muss man an sich schon mit Rücksicht der freien Bewegung weit sorgsamer bei der Auswahl vorgehen und genauere Kenntniss vom ganzen psychischen Menschen besitzen, als in der geschlossenen Anstalt. Und gerade derartige Kenntnisse sind nicht so leicht zu erlangen wie etwa die Diagnose einer Phlegmone oder Pneumonie etc. Eine Transferirung in die offene Abtheilung vollzieht sich deshalb oft mit nicht weniger peinlichen Gefühlen wie von einer Wachabtheilung in eine Nichtwachabtheilung.

Und was weiter. Die moderne Irrenpflege begnügt sich nicht mehr und darf sich nicht mehr begnügen mit dem blossen Schutz und einfachen Bewachung, sie muss eingreifen, sie muss den jungen Imbecillen erziehen und zu einer Thätigkeit zu bilden versuchen, sie muss die reducirten Geisteskräfte zu erhalten trachten und die inactiven zur Activität anleiten. Diese Summe von ärztlicher und pflegerischer Thätigkeit wirkt allerdings nicht so augenfällig, wie die Ruhigstellung eines Tobenden oder die Heilung eines Verwirrten, aber jeder der sich mit der ersteren Art beschäftigen musste, wird zugeben, dass Fleiss, Unverdrossenheit und Können einen hohen Grad annehmen müssen für diese stille Arbeit in der Pflegeanstalt. Gerade das Können ist ein schwieriger Factor und die hierzu nöthigen Kenntnisse werden selten auf einer Klinik gelehrt und sind ebenso wenig noch beschrieben. Jeder muss da Autodidact sein und körnchenweise seine Kenntnisse und Erfahrungen zusammentragen.

Vor allem muss der betreffende Funktionär ein practischer Mensch sein und Liebe und Neigung zu landwirtschaftlicher oder professioneller Thätigkeit besitzen. Dem Arzte in der Pflegeanstalt muss in Fleisch und Blut liegen, dass Langweile das ärgste Gift für seine Schützlinge ist und dass die Beschäftigung nicht bloss ein Gebot für den Menschen ist, sondern ein Bedürfniss, wie schon Parchappe sagte. Das in der Anstalt aber auch durchzuführen, verlangt geradezu ein Erfindungsgenie und wirkliche persönliche Anlage. Man möchte fast sagen ein guter und tüchtiger Arzt in der Pflegeanstalt muss gerade hierzu geboren werden.

Fordert die freie Behandlung und die Beschäftigung der Kranken schon eine bedeutende ärztliche Arbeit, so kommt dort, wo die Familienpflege eingerichtet ist, noch ein weiteres Gebiet dazu, das den Arzt in der Pflegeanstalt nicht unwesentlich beschwert. Die gelungene Auswahl für die Familienpflege erfordert die Kenntniss einer weiteren Reihe von Umständen. Zuerst muss er die Pflegestelle in allen seinen Eigenheiten auskundschaften und dann die hierzu geeigneten Kranken zusammenstellen. Was das alles erfordert, um einen unliebsamen grösseren Wechsel namentlich am Anfang zu vermeiden, weiss wohl nur der ganz, der damit erfolgreich zu thun haben will. Kranke in Familien unterzubringen ist oft nicht gar so schwer, aber eine wirkliche Familienpflege zu schaffen und zu erhalten ist ein sehr schwieriges Ding.

Damit ist die Arbeit in der Pflegeanstalt nicht erschöpft, weil noch die grosse Reihe der Siechen und Bettlägerigen dazu kommt, die eine nicht geringe Anforderung an den Arzt stellt und eine grosse Summe von Kenntnissen in der eigentlichen Krankenpflege erheischt, will man die armen presshaften noch als fühlende Menschen und nicht als blosse Nummern betrachten und behandeln. Meiner überzeugten Meinung nach hat der Arzt, der über die ärztliche

Thätigkeit in den Pflegeanstalten geringschätzig urtheilt, sich selbst das Urtheil gesprochen und schätzt der Laie die diesbezügliche ärztliche Thätigkeit gering ein, dann kann man das nur mit Unverständniss erklären, aber nicht entschuldigen, denn soviel weiss jeder Mensch, der nur einmal im Leben krank gewesen ist, wie wohl die fleissige und geschulte Pflege thut.

Auch wir Aerzte an den sogenannten Heil- und Pflegeanstalten thun gut daran uns öfters zu erinnern, dass in allen Irrenanstalten, mögen sie heissen wie immer, das Hauptgewicht auf der Irrenpflege liegt. Auch unsere Irrenheilung erfordert ja zum grosstheil nur Irrenpflege und wir nehmen den Mund etwas voll, wenn wir unsere Anstalten zuerst Heil- und dann Pflegeanstalten nennen. Namentlich ist nicht zu vergessen, dass auch in der modernen Heil- und Pflegeanstalt Arbeit und Spiel niemals nur Beschäftigung schlechtweg ist, sondern immer mehr zum Range einer und zwar der bedeutendsten vielleicht emporwächst.

Was der Ausbau dieser Therapie alles noch erfordern wird, ist noch gar nicht völlig abzusehen. Aber dass noch ein gutes Stück darin auszubauen ist, scheint mir sicher zu sein. Am meisten davon wird die Pflegeanstalt profitiren. In der lebhaften Antheilnahme an der Beschäftigung wird dieselbe selbst am meisten ihr Ansehen heben und ihre volle Ebenbürtigkeit mit der Heilanstalt documentiren.

Ueber die territoriale Abgrenzung der Irrenanstalten.

Von Oberarzt Dr. *Schott*, Weinsberg (Württemberg).

Die vorherrschende Ueberfüllung der württ. Staatsirrenanstalten und die dadurch bedingte Verzögerung dringender Aufnahmen hat den schon lange regen Wunsch nach territorialer Abgrenzung der einzelnen Anstalten wieder neu entfacht. Die Eröffnung und Belegung der Heilanstalt Weinsberg hat in dieser Richtung schon zu practischen Consequenzen geführt, insofern für diese Anstalt ein provisorischer Aufnahmebezirk bestimmt worden ist. Es muss nun an und für sich auffallen, warum nicht schon längst bestimmte Aufnahmebezirke den einzelnen Anstalten Württembergs zugewiesen worden sind. Diese Auffälligkeit ist in der Entwicklung der Anstaltspsychiatrie begründet, derzufolge einstens zwischen Heil- und Pflegeanstalten eine reinliche Scheidung vorgenommen wurde. Die Heilanstalten behielten ihre Kranken, so lange Aussicht auf Heilung bestand, und hatten später die Berechtigung, die unheilbar gewordenen Kranken in eine Pflegeanstalt abzuschieben. Neben dieser Vergünstigung waren für die Heilanstalten noch Ausnahmebestimmungen in Bezug auf die Aufnahme von Schwachsinnigen und Epileptischen geltend. Im Laufe der letzten Jahre hat sich nun in Württemberg dieser Unterschied zwischen den einzelnen Staatsirrenanstalten mehr und mehr verwischt. Heute wo wir vor einer für die einzelnen Anstalten einschneidenden und bedeutungsvollen Neuerung stehen, verlohnt es sich wohl, zumal im Hinblick auf ähnliche Verhältnisse ausserhalb Württembergs und in Bewerthung der practischen Frage, ob Heil- und Pflegeanstalten oder ob eine Verbindung beider practisch und wissenschaftlich erstrebenswerther ist, die einschlägigen Verhältnisse näher zu beleuchten.

Welche Vortheile bietet die territoriale Abgrenzung der Irrenanstalten? Diese Vortheile erstrecken sich nun

1) auf die Kranken und ihre Angehörigen,
2) auf die Behörden,
3) auf die Anstalt selbst, und
4) auf die wissenschaftliche Forschung.

Bevor wir diese einzelnen Punkte näher ausführen, bedarf es noch einiger Worte bezüglich der leitenden Gesichtspunkte bei Festlegung eines derartigen Aufnahmebezirks. Eine Grundbedingung ist, dass die Bevölkerungszahl des Aufnahmebezirks in einem richtigen Verhältniss zu der Zahl der zur Verfügung stehenden Anstaltsplätze steht. Es ist Aufgabe der Statistik den jährlichen Anfall an Aufnahmegesuchen und die voraussichtliche Zunahme anstaltsbedürftiger Geisteskranker zahlenmässig festzustellen und darnach das Programm für die einzelnen Anstalten und ihre Erweiterung aufzustellen. In Rücksicht auf den leitenden Grundgedanken bei der territorialen Abgrenzung, nämlich die dadurch erleichterte Aufnahmemöglichkeit anstaltsbedürftiger Kranker, muss die Aufnahmefähigkeit der Anstalt für den betr. Bezirk, wenn irgend möglich, dauernd erhalten bleiben. Die historische bezw. geographische Einheitlichkeit des Aufnahmebezirks ist anzustreben und die centrale Lage der Anstalt im Auge zu behalten. Die Bahn-

verbindungen können unter Umständen mit der geschichtlichen Zusammengehörigkeit des Bezirks collidiren und ist dann der möglichst kurzen Zufahrtslinie der Vorzug zu geben. Allen Verhältnissen ist wohl nirgends in durchaus befriedigender Weise Rechnung zu tragen und muss das Wohl der Kranken in Zweifelsfällen den Ausschlag geben. Wir kommen damit zu No. 1. der zu erhoffenden Vortheile. Ueber die Zweckmässigkeit der möglichst raschen Aufnahme anstaltsbedürftiger Kranker bedarf es keiner langen Auseinandersetzung. Die tägliche Erfahrung lehrt, wie viel beim Fehlen dieser Möglichkeit geschadet wird. Dieser Schaden betrifft aber nicht nur den Kranken, sondern in nicht geringerem Maasse dessen Angehörige und in sehr vielen Fällen auch die Allgemeinheit. Wie manche Unglücksfälle, wie manche hässliche Scene und sittliche Schädigung hätten sich damit schon vermeiden lassen! Die günstige Lage der Anstalt ermöglicht es ferner den Angehörigen der Kranken, ohne zu grosse materielle Opfer des Oefteren nach denselben zu sehen. Diese Krankenbesuche sind in mehr als einer Richtung wünschenswerth und interessant. Die Bevölkerung wird auf diese Weise am raschesten mit der Anstalt bekannt und vertraut, die persönlichen Eindrücke sind wirkungsvoller als mündliche und schriftliche Aufklärungsversuche und die möglichst geringe Fernhaltung der Besucher vermag am schnellsten in dem Publikum die Ueberzeugung von dem Krankenhauscharacter der Irrenanstalten und damit das Wegfallen zahlreicher Vorurtheile hervorzurufen.

Den verschiedenen Behörden in 2. Linie ist es überaus erwünscht, zu wissen, wo sie unverzüglich und sicher ihre Kranken unterbringen können und dieses Gefühl der Sicherheit gewährt eine gewisse Beruhigung, welche in dem Verkehr mit den Kranken wohlthuend zu Tage tritt. Die einzelnen Begleitungsorgane bekommen im Laufe der Zeit eine Ahnung, wie sie mit Geisteskranken umzugehen haben und lernen durch öftere Einsichtnahme der Anstaltseinrichtungen und des Krankenbetriebes auch erregten Kranken gegenüber mehr Ruhe zu bewahren und grössere Schonung walten zu lassen. Die Vortheile für die Anstalt sind theilweise in den vorstehenden Ausführungen schon enthalten. Der engere Connex mit den Familien der Kranken, der Einblick in die socialen und Stammesverhältnisse der Kranken, das Schwinden der Vorurtheile, die Möglichkeit der Einrichtung familiärer Irrenpflege und der Bezug brauchbaren Pflegepersonals sind allerseits einleuchtend. Die Nähe der Heimath der Kranken gestattet ferner in nicht zu wenigen Fällen eine frühzeitigere Beurlaubung der Kranken, der ja in jüngster Zeit von Bleuler*) so energisch das Wort geredet wurde. Es ist ferner möglich, sich durch Augenschein von den häuslichen Verhältnissen der Kranken zu überzeugen, sie hin und wieder zu besuchen und sie vor allem bei Rückfälligkeit ohne Erschwernisse unverzüglich wieder in die Anstalt aufzunehmen.

Der Krankenzugang aus Gebieten, deren sociale Lage und Rasseeigenthümlichkeiten aus Erfahrung bekannt geworden sind, bietet für die Beurtheilung wissenschaftlich Interessantes. Das Bekanntsein mit einzelnen Familien und Ortschaften wird vorwiegend auf dem Gebiete der Erblichkeitsforschung bemerkenswerthe Beiträge zu liefern gestatten. Vorbildlich in dieser Richtung sind die Verhältnisse an der psychiatrischen Klinik zu Würzburg. Nur ein eng umgrenzter Bezirk mit vorwiegend stabiler Bevölkerung vermag bei kritischer Sichtung für die Frage der Bedeutung und Bewerthung der erblichen Belastung halbwegs zuverlässige Ergebnisse zu liefern. Die Verfolgung des Lebenslaufes von Kindern geisteskranker Eltern, die nachweisbare Wirkung der Trunksucht der Eltern auf die Entstehung von Epilepsie bei den Kindern, der Ausfall eines guten Weinjahres auf die in der Weinperiode erzeugten Kinder bezw. deren Intelligenz, die Criminalität, die Lehre von der Entartung, überhaupt die Selbstmorde und deren Aetiologie und noch zahlreiche andere äusserst interessante und noch vielfach umstrittene Fragen, würden sich innerhalb eines nicht zu grossen Aufnahmebezirkes erfolgreich in Angriff nehmen lassen. Auch die forense Beurtheilung mancher Punkte wäre durch die genauere Kenntniss des Milieus erleichtert und gesichert. Die katamnestischen Erhebungen, insbes. der Ueberblick über den weiteren Verlauf so mancher Psychosen, welche nicht mehr in die Anstalt oder für gewöhnlich nicht mehr in dieselbe Anstalt gelangen, liesse sich in derartigen günstigen Verhältnissen durchführen.

Wir sehen also aus diesen skizzenhaften Ausführungen, dass die territoriale Abgrenzung zahlreiche schwerwiegende Vortheile darbietet, denen gegenüber die etwaigen Nachtheile nicht schwer in das Gewicht fallen und welches sind nun diese Nachtheile? In 1. Linie könnte es den Angehörigen unangenehm sein, ihre Kranken in nächster Nähe zu haben — eine Erwägung, welche aus der falschen Auffassung hervorgeht, dass Geisteskrankheit eine Schande sei, eine Auffassung, welche nicht genug und durch die territoriale Abgrenzung wohl am wirkungsvollsten

*) s. diese Zeitschrift, VI. Jahrgang No. 45.

bekämpft werden kann — ein Nachtheil, welcher für die Sache an sich einen Vortheil bildet! Im Uebrigen bliebe den selbstzahlenden Kranken gegen gewisse Bedingungen die freie Wahl der Anstalt überlassen.

Die sonstigen etwaigen Nachtheile betreffen ausschliesslich die Anstaltsärzte, insofern ihnen aus dieser Gruppirung ihres Arbeitsfeldes eine nicht zu leugnende, je nach der Gegend ganz erhebliche Mehrarbeit erwachsen wird. Diese Mehrarbeit wird jedoch zweifelsohne gerne geleistet werden, falls die Lebensbedingungen der Anstaltsärzte so gestaltet sind, dass die für freudige und erfolgreiche Arbeit unerlässliche zufriedene Gemüthsstimmung vorherrschen kann.

Die Anstalten werden sehr viel mehr Anfragen wie zahlreichere Besuche, vielfache poliklinische Untersuchungen und Besprechungen zu verzeichnen haben. Es werden familiäre Nachschau und katamnestische Erhebungsreisen, der Besuch von Spitälern, Siechenanstalten, Correctionshäusern, Kinderasylen und Strafanstalten unter Umständen in den Wirkungsbereich der Anstaltsärzte fallen und ihnen viel Arbeit bereiten, aber auch eine anregende Abwechslung bieten. Diese vielseitigen Beziehungen der Anstalt zu ihrem Aufnahmebezirk würden im Laufe der Zeit das gegenseitige Vertrauen und die wechselseitige Werthschätzung fördern und erhöhen. Was nun endlich die Frage betrifft, ob reine Heil- oder reine Pflegeanstalten dem practischen Bedürfnisse am meisten entsprechen, so will es mir scheinen, als ob man sich hier, wie so manchmal in der Psychiatrie, in einem Cirkel bewege. M. E. bietet die Combination beider Institute die in irrenärztlicher Hinsicht einzig richtige Lösung der Frage dar. Es ist für die irrenärztliche Fortbildung bezw. Frischerhaltung durchaus schädlich, ein vorwiegend stabiles Material abgelaufener Psychosen als alleiniges Arbeitsfeld zu haben. Gerade die frischen Fälle mit ihrer Mehrarbeit und mit ihren häufig günstigeren Prognosen wirken wohlthuend und aufrüttelnd in der übrigen Monotonie der alten Fälle. Ist somit die Beantwortung von irrenärzlicher Seite klar, so erfordert der Verwaltungsstandpunkt hierbei noch einige kurze Bemerkungen. Es wird den modernen Heilanstalten kleineren Maassstabes allerseits der Vorwurf gemacht, dass ihr Betrieb unverhältnismässig teurer sich gestaltet, als der der grösseren Anstalten. Diese Berechnung ist wohl zweifellos richtig. Die Frage nach der Zahl der Anstaltsplätze wird ja auch jetzt noch verschieden beantwortet. Wenn, wie es vielfach verlangt wird, der Director seine Kranken noch übersehen und kennen soll, so ist besonders auch bei lebhaftem Krankenwechsel die Zahl der Anstaltspfleglinge nicht zu hoch zu bemessen. Die entsprechenden Vorschläge schwanken zwischen 500 und 800 Kranken. Bei dieser Belegziffer ist nun zu bedenken, dass sich darunter eine nicht unerhebliche Zahl verblödeter und siecher Geisteskranker befindet, deren Existenz dem Director keinen nennenswerthen Arbeitszuwachs bedingt. Die grösste Arbeit verursachen dem leitenden Arzte ein reger Krankenwechsel und gutächtliche Thätigkeit, wobei er naturgemäss durch seine Aerzte, welche seinen Intentionen entsprechend mitarbeiten, wesentliche und nothwendige Entlastung findet. Unter diesem Gesichtspunkt wird sich eine Verbindung von Heil- und Pflegeanstalt mit 600—700 Plätzen, wovon ca. 200 auf die Siechenabtheilungen zu rechnen sind, als nützlich und im Betrieb nicht zu kostspielig erweisen. Die Anstalt eines bestimmten Aufnahmebezirks hat ausserdem, so lange die entsprechenden staatlichen Anstalten noch fehlen, alles, was anhält, aufzunehmen, gleichgültig ob heilbar oder unheilbar, ferner Schwachsinnige, Epileptische, Idioten und Alkoholiker, sofern deren jeweiliger Zustand Anstaltsbedürftigkeit bedingt. Diese Vielseitigkeit des Krankenmaterials ist für die Aerzte von hohem didactischem Werth.

Wir sehen somit, dass die territoriale Abgrenzung der Irrenanstalten so viele und schwerwiegende Vortheile bietet, um deren Willen wir ihre Einführung nur freudigst begrüssen können. Mögen die auf diese Neuerung fussenden Hoffnungen sich voll und ganz erfüllen!

Mittheilungen.

— **Jahresversammlung des Vereins bayerischer Psychiater** in München am 13. und 14. Juni 1905. (Schluss.)

10. Weygandt-Würzburg: Ueber Mongolismus.

Bei der sogenannten mongoloiden Idiotie handelt es sich nicht um ein zufälliges Zusammentreffen der eigenartigen Gesichtsbildung mit Schwachsinn und einigen anderen Symptomen, sondern um einen wohl abgegrenzten degenerativen Typus. Vortragender hat in Deutschland und England in letzter Zeit 87 Fälle derart klinisch untersucht.



Die auffallende Gesichtsbildung zeichnet sich vor allem durch niedrige, breite Nasenwurzel, stumpfe Nase, breite Jochbogengegend und schräge, kleine Augenöffnungen aus, sehr häufig findet sich Epicanthus. Der Schädelbau ist exquisit brachycephal.

Fast in allen Fällen ist die Zunge verändert, meist mit Blasen und vergrösserten Papillae fungiformes versehen, gewöhnlich lang, aber nicht eigentlich verdickt. Die verschiedensten Gelenke sind ausserordentlich weich, die Finger lassen sich nach dem Handrücken vielfach spitzwinklig zurückbiegen. Die kleinen Finger sind gewöhnlich einwärts gekrümmt bei kurz entwickelter 2. Phalange.

Nicht selten sind mannigfache Degenerationszeichen, Ohrmissbildungen, nach vorn geschlitztes Nasenloch, Asymmetrien, auch innere Defecte, wie angeborener Herzfehler, Atresien u. s. w.

Die Fälle unterliegen vielen körperlichen Krankheiten, vor allem Entzündungen der Lider, Nase, Lippen u. s. w., ganz besonders häufig der Tuberculose.

Psychisch sind die Mongoloiden zunächst verlangsamt in der Entwicklung, dann lernen sie einige Jahre leidlich, um später wieder stehen zu bleiben. Der Charakter ist still, heiter, gutmüthig, vielfach sind sie zu Scherzen aufgelegt. Hervorzuheben ist die Neigung zu Nachahmungen, auch Echolalie, Echopraxie und Grimmassiren sind nicht selten. Die Sprachentwicklung ist meist mangelhaft.

Die Fälle sterben gewöhnlich früh an interkurrenten Krankheiten, selten werden sie über 25 Jahre alt (9,4 %), ein Fall war 54jährig.

Die Kinder fallen vielfach schon bald nach der Geburt als abnorm auf. Häufig sind es die letzten Kinder einer kinderreichen Ehe, ferner auch die Kinder von verhältnissmässig alten und auch im Lebensalter verschiedenen Eltern.

Vortragender bespricht die verschiedenen Theorien der Affection, Entstehung auf Grund von Schilddrüsenstörung, von angeborener Syphilis, von Tuberculose, und kommt zu der auch durch die bisher vorliegenden anatomischen Befunde, sowie ethnologischen Befunde gestützten Auffassung, dass es sich um eine Hemmungsmissbildung handelt. Die Diagnose ist wichtig wegen der bedenklichen Prognose und auch wegen der Abgrenzung gegen Kretinismus und Myxödem.

11. Reichardt-Würzburg: Ueber die Bestimmung der Schädelcapazität an der Leiche.

Die an der Würzburger psychiatrischen Klinik bei jeder Schädelsektion angewandte Methode der Capazitätsbestimmung besteht darin, dass mit Hilfe eines Metallbandes die Sägelinie, welche peinlich genau in der gleichen Horizontale liegen muss, festgelegt wird. Nach dem Aufsägen des Schädels und der Entnahme von Gehirn und Dura vergewissert man sich durch Eingiessen von Wasser, dass der Wasserspiegel in der Schädelbasis steht, und misst dann durch weiteres Eingiessen von Wasser aus dem Messcylinder in die horizontal eingestellte Schädelbasis und Schädelkalotte deren Capazität. (Demonstration von Photographieen, Schädeln und Apparaten.) Am Messcylinder sind dann die Capazitätszahlen direkt abzulesen. — Die konsequente Bestimmung der Schädelcapazität an der Leiche ist durchaus nöthig, da nur mit ihrer Hilfe eine eventuelle Hirnatrophie, Hirnvergrösserung (Hirnschwellung), Microcephalie etc. genau und exakt festgestellt werden kann. Bei Paralyse und Dementia senilis z. B. fehlt in einer grossen Anzahl überhaupt jede Hirnatrophie, auch nach jahrelangem, hochgradigem Blödsinn. Wenn andererseits speziell Paralytische oft auffallend niedere Hirngewichte haben, so kann dies seinen Grund darin haben, dass die Paralytischen (ohne Hirnatrophie!) mikrocephal sind. Man erkennt schon hieraus, wie wichtig eine konsequente Capazitätsbestimmung an der Leiche ist, wie nur sie vor entsprechenden Fehlschlüssen schützt und wie werthlos andererseits in den meisten Fällen eine Hirngewichtszahl ist, ohne Kenntniss der Schädelcapazität.

12. Gudden-München: Ueber Schlaftrunkenheit. Schlusssätze:

1. Das hervorragendste Zeichen der Schlaftrunkenheit ist eine Verschiebung in der Wiederkehr der Besonnenheit und der Aktionsfähigkeit.

2. Die Ausbildung der Schlaftrunkenheit wird sehr häufig begünstigt durch die Schwäche oder das Fehlen von bestimmten Eindrücken vor dem Einschlafen, welche für die rasche Wiederkehr der Besonnenheit beim Erwachen von Bedeutung sind.

3. In gleicher Weise begünstigend wirkt das längere Vorhandensein von ängstlichen Affekten vor dem Einschlafen.

4. Für das Denken und Handeln der Schlaftrunkenen spielt das normalerweise schon mit vorzeitigem Erwachen verknüpfte Unlustgefühl eine Rolle.

5. Die pathologische Schlaftrunkenheit erstreckt sich bei gewissen Complikationen (unsanfte Behandlung oder Trauma der Schlaftrunkenen) nicht selten über einen längeren Zeitraum. Die alkoholische Schlaftrunkenheit geht deshalb oft in einen pathologischen Rauschzustand über.

13. Vocke-München: Ueber Liquidationen von Sachverständigengebühren bei psychiatrischen Begutachtungen. Die bayerischen Gerichte bewilligen, wenn die Kosten der Staatskasse zur Last fallen, für Gutachten nur den Betrag von 10 M. Auf Antrag Vockes wird der Vorstand des Vereins beauftragt, zwecks Herbeiführung einer Erhöhung der Gebühren eine Eingabe an das bayer. Justizministerium, eventuell an die Aerztekammer zu machen.

14. Neisser zeigt Curven von Epileptikern.

15. Nitsche-München demonstrirt eine 47-jährige Frau, bei der sich im Klimakterium nach mehrmonatiger Depression und Schlaflosigkeit ziemlich plötzlich eine Angstpsychose entwickelt hatte mit heftigster Angst, Selbstmordversuchen, Versündigungsideen, Furcht schwanger zu sein, wobei die Besonnenheit erhalten war. Nach 10 Tagen trat im Anschluss an einen tetanie-artigen Anfall Verworrenheit mit Angst und sinnloser Erregung auf, welcher Zustand dann dem jetzt noch bestehenden wich. Die Kranke ist tief verworren-



rathlos, hat wenig Affect, der nicht eigentlich ängstlich gefärbt ist; Gesichtsausdruck verständnisslos. Sie spricht fast fortwährend unzusammenhängend, ohne Beziehung zur Situation; der Inhalt ihrer Rede besteht aus Bruchstücken von gleichgiltigen früheren Erlebnissen, die aneinander gereiht werden, ohne dass eine Gesetzmässigkeit dabei zutage träte; die in der Rede häufig eintretenden Pausen werden durch Flickworte wie „Ja, ja", „also" ausgefüllt. In der Umgebung gehörte Worte werden bisweilen ohne Beziehung eingeflochten. Dabei zielloser, wenig energischer Bewegungsdrang. Patientin ist schwer zu fixiren, nicht ablenkbar, nicht negativistisch, nicht erregbar. Keine aphasischen oder asymbolischen Erscheinungen. Keine nervösen Störungen, keine Arteriosclerose. Puls sehr frequent und klein. Lumbalpunction negativ. Trotz sorgfältigster Ernährung ist das Körpergewicht rapid gesunken. — Die Krankheit lässt sich den der Kraepelin'schen Schule bekannten Formen nicht einreihen. Es handelt sich um ein noch nicht bekanntes Krankheitsbild. Nach früher gemachten Erfahrungen ist Ausgang in psychische Schwäche wahrscheinlich, wenn es gelingt, die Kranke am Leben zu erhalten. (Eigenbericht.)

16. Busch-München und Plaut-München: Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung verlängerter warmer Bäder.

Die ausserordentliche beruhigende Wirkung fortgesetzter Bäder von 34 bis 35° C. ist in weitem Umfange anerkannt und häufig in der Litteratur konstatirt, die einzelnen Faktoren dieses Einflusses dagegen sind noch sehr wenig erforscht, besonders soweit sie auf psychischem Gebiet liegen. Plaut und Busch begannen gemeinschaftlich diesbezügliche experimentelle Untersuchungen vorerst nur in der Absicht, die Wege kennen zu lernen, auf denen sich die Gewinnung endgültiger Resultate erstreben liesse. Sie untersuchten die Veränderungen, welche unter der Einwirkung zweistündiger Bäder von 33 Grad an Normalen sich einstellen und zwar bezüglich des Blutdrucks, der Pulszahl, der Temperatur und der groben Kraft, gemessen am Ergographen. Dem gleichen Ziele auf dem Gebiet psychischer Vorgänge dienten Wahlreaktionen, Associationen, fortlaufendes Addiren einstelliger Zahlen und die Auffassung von Gesichtsreizen. Drei Versuchspersonen badeten im ganzen in sechs Versuchsreihen von 20 und 10 Tagen jeden zweiten Tag zwei Stunden. Vor und nach dem Bade wurden die Versuche angestellt; der Blutdruck wurde einmal vor dem Bade, dann nach ¼stündiger Einwirkung desselben und gegen Schluss im Bade gemessen. Auf den Badetag folgte ein Normaltag, an welchem eine zweistündige Ruhezeit das Bad vertrat, sonst wurde in ganz gleicher Weise gearbeitet. Eine Aenderung der Resultate nach dem Bade gegenüber dem Ergebniss vor demselben verglichen mit der Differenz vor und nach der Ruhezeit konnte also mit grösster Wahrscheinlichkeit auf einen Einfluss des Bades bezogen werden.

Während Puls und Temperatur ausser einer unbedeutenden Neigung zum Ansteigen keine Badewirkung erkennen liessen, sank der Blutdruck (gemessen mit dem Gärtner'schen Tonometer) beträchtlich. Nach zwei Stunden war er bei den drei Versuchspersonen um 27, 16 und 15 mm geringer als vor dem Bade, einen noch tieferen Stand aber nahm er nach ¼ stündigem Bade ein und zwar um 2 bezw. 7 mm. Am Ergographen stiegen die Leistungen einer Versuchsperson sowohl nach der Ruhe als nach dem Bade etwas an, bei der zweiten sanken sie im letzteren Falle, doch war auch hier der Ausfall an den verschiedenen Tagen wechselnd, bald wurde nach dem Bade mehr, bald weniger geleistet und die Abnahme der Zahl, nicht der Höhe der Einzelleistungen auch an den Tagen, die eine ungünstige Wirkung des Bades andeuteten, sprach gegen das Bestehen einer Ermüdung des Muskels. — Hier sei noch bemerkt, dass das Gewicht der Versuchspersonen keine Abnahme erfuhr, es blieb im Verlauf der Versuchsreihe unverändert oder zeigte eine Zunahme von ½, 1 und 3 Pfund.

Gering waren die Veränderungen der Associationen und nicht zu einem Schlusse zu verwerthen; nicht ungünstig, d. h. nicht im Sinne einer Ermüdung beeinflusst, zeigten sich die Wahlreaktionen. Die Gesammtarbeit des Addirens, es wurde 2×5 Min. gerechnet, mit einer dazwischenliegenden Pause von 5 Minuten, nahm durch das Bad verglichen mit der Wirkung der Ruhe etwas zu, die Pausenwirkung dagegen beträchtlich ab. Da die in der Pausenwirkung ausgedrückte Erholungsfähigkeit der Ermüdbarkeit parallel zu gehen pflegt, darf also eine Herabsetzung der letzteren durch das Bad gefolgert werden. Als Gesichtsreize für die Auffassungsversuche dienten Täfelchen mit 9 Buchstaben, die durch einen vorbeipendelnden Spalt kurze Zeit sichtbar wurden. Es fand sich auch hier ähnliches wie bei den Additionsversuchen. Die Auffassung war nicht vermindert, sondern nach dem Bade meist etwas gebessert. Objektive Zeichen der Ermüdung liessen sich also auf keinem der untersuchten Gebiete nachweisen. Bei alledem war das Gefühl der Müdigkeit nach dem Bade durchweg ein beträchtliches und hielt mehrere Stunden an. Die Arbeit will nur ein Vorversuch sein und die Verfasser beabsichtigen hier in ausgedehnterer Weise weiter zu arbeiten, ehe sie ihre Resultate als endgültig betrachten. Soweit vorläufige Resultate einen Schluss gestatten, ist es der, dass anscheinend das Bad nur Müdigkeit, nicht Ermüdung hervorruft. Während unsere anderen Schlaf- und Beruhigung bringenden Mittel, soweit sie untersucht sind, deutliche objektive Ermüdungserscheinungen konstatiren liessen, Trional und Chloralhydrat z. B. die geistige Leistungsfähigkeit auf allen in dieser Arbeit untersuchten Gebieten herabsetzen, demnach eine schädigende Wirksamkeit entfalten, beschränkt sich nach den vorliegenden Versuchen der Einfluss des warmen Bades auf die Gemeinempfindungen und Gefühle. Bestätigen sich diese Ergebnisse, so besitzen wir demnach in ihm ein Mittel, das unsere Patienten zu beruhigen vermag ohne irgend eine ungünstige Nebenwirkung. —

Die von Stransky, Ast und Rehm angekündigten

Vorträge fielen der vorgerückten Zeit wegen aus. Als Ort der nächsten Jahresversammlung wurde Würzburg gewählt.

Referate.

— Journal of Mental Science, July-Oct. 03, „Occasional Notes".

Alkoholische Geistesstörung. Im Jahre 1901/02 wurde in den Glasgower Anstalten bei 33 % der Aufnahmen Alkoholmissbrauch als directe Krankheitsursache gefunden. Der Alkohol spielt aber als Erzeuger von Geisteskrankheiten eine noch weit grössere Rolle, wenn man bedenkt, dass viele Trinker zwar später einmal von ihrem Laster abkommen, aber durch den früher geübten Alkoholmissbrauch die Disposition zu einer später ausbrechenden Geisteskrankheit geschaffen haben, und dass die Kinder der Trunkenbolde ein grosses Contingent der Aufnahmen in Irrenanstalten stellen. Verarmung ist die häufige Folge der Trunksucht. Entmündigung der Trinker wird vorgeschlagen Unter Beiziehung eines Arztes müsste der Trinker polizeilich einer Trinkeranstalt auf eine Dauer bis zu drei Jahren überwiesen werden. Der Unterhalt der Trinker einer Gemeinde in Anstalten und Trinkerasylen und der Unterhalt der Angehörigen solcher Trinker in Armenhäusern müsste durch besondere Steuern von den Kneipwirthen, den Begünstigern des Alkoholmissbrauches, erhoben werden.

Die Errichtung von Anstalten für unbemittelte freiwillige Pensionäre auf dem Lande und in kleinen Städten wird empfohlen. Die Aufnahmebedingungen und Formalitäten müssten thunlichst einfach sein. Psychische Störungen könnten hier in den ersten Anfängen einer erfolgreichen Behandlung zugeführt werden. Solch segensreicher Einrichtungen erfreuen sich die Wohlhabenden längst. Für Unbemittelte liegt das gleiche Bedürfniss vor.

Die vorübergehende Behandlung rudimentärer Psychosen in Familienpflege wird in empfehlende Erwägung gezogen. Die Schwierigkeit besteht in dem Ausfindigmachen einer geeigneten Familie. Der Pfleger müsste im Umgang mit Patienten, die an frischen und leichteren Psychosen erkrankt sind, erfahren sein. Noch mehr ist er auf seinen Tact und die anderen für diese Aufgabe nöthigen persönlichen Eigenschaften zu prüfen. Die genügende Qualifikation eines solchen Pflegers hätte ein Arzt erst vorher festzustellen. Aber auch die Familie des Pflegers und die übrigen Hausbewohner müssen sich als geeignete Umgebung für einen Nervenkranken erweisen.

Die Unterbringung armer Geisteskranker in Familienpflege hat bisher in England eine geringe Ausdehnung erfahren. 1901 waren von den der öffentlichen Fürsorge überwiesenen Geisteskranken in England nur 5 % gegen 19,3 % in Schottland in Familenpflege untergebracht. In Schottland hat man mit der Familienpflege die gleichen guten Erfahrungen gemacht, wie bei uns in Deutschland, sowohl was das Wohlergehen der Kranken betrifft, als auch namentlich in ökonomischer Hinsicht.

Die angeblich billigere Verpflegung in Anstalten als in Privathäusern steht der Einführung einer erweiterten Familienpflege in England im Wege. Bei Einbeziehung aller Factoren erweist sich aber diese Berechnung als falsch. Auch die dichtere Bevölkerung Englands wird mit dem Hinweise auf die praktisch durchgeführte Familienpflege in Berlin nicht als Grund gegen eine Erweiterung der Familienpflege anerkannt. Auch andere Schwierigkeiten sind leicht zu beseitigen. Bei einer Erweiterung der Familienpflege bis zu gleichem Umfange, wie in Schottland, lässt sich in England eine Ersparniss von 3/4 Millionen Pfd. Sterling p. a. erzielen.

Horstmann-Treptow a. Rega.

— Die sociale Bedeutung der Sprachstörungen. Von Dr. Hermann Gutzmann. Jena. Verlag von Gustav Fischer. 1904.

Bei der starken socialen Schädigung, die die Sprachstörungen bedingen (im Deutschen Reich leiden nach statistischen Erhebungen wenigstens 200000 Schulkinder an Stottern und Stammeln; eine erhebliche Zahl der Gestellungspflichtigen wird nur wegen einer vorhandenen schweren Sprachstörung vom Dienst mit der Waffe ausgeschlossen), es ist eine unbedingte Erforderniss, die öffentlichen, wie privaten Maassnahmen gegen die Verbreitung und für die Verhinderung dieser Störungen auszudehnen; dazu müssen Arzt und Lehrer Hand in Hand gehen; beide müssen über eine gründliche diesbezügliche Ausbildung verfügen; es muss ferner eine allgemeine und gleichartige Statistik über das Vorkommen der einzelnen Sprachstörungen im Deutschen Reich eingeführt werden.

Die Abhandlung des Verf.'s bietet ausserordentlich viel Interessantes, vor allem auch in den zahlreichen Statistiken, und sind die Anregungen des Verf.'s, die er zur Verminderung der Zahl der Sprachgestörten giebt, für alle Interessenten sehr beherzigenswerth. Heinicke-Grossschweidnitz.

Personalnachrichten.

— Owinsk. Der Oberarzt hiesiger Anstalt, Dr. Hans Teichert, ist am 26. August im Diakonissenhause in Posen unerwartet verstorben.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 24. 9. September. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Grossherzgl. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen. (Director: Geh. Med.-Rath Dr. Haardt.)

Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie.

Von Dr. med. *Rudolf Tetzner.*

Kahlbaum hat in seiner 1874 erschienenen Monographie über die Katatonie epileptiforme und choreaartige, tonische und klonische Krämpfe beschrieben, die mehr oder minder häufig im Verlaufe der Katatonie auftreten, die späteren Autoren haben die gleichen Beobachtungen gemacht. Nach Kräpelin (Lehrbuch der Psychiatrie, 7. Aufl.) handelt es sich meist um Ohnmachten oder um epileptiforme Krämpfe, die bald vereinzelt, bald häufiger bei unseren Kranken auftreten. Seltener sind Krämpfe in einzelnen Muskelgebieten, Tetanie oder apoplektiforme Anfälle mit länger dauernder Lähmung. Alle diese Anfälle sind nahezu doppelt so häufig beim weiblichen wie beim männlichen Geschlecht. Nach Kräpelins Zusammenstellung finden sie sich in etwa 18% aller Fälle.

Im Sommer 1905 kam in der Grossherzgl. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen ein Fall von typischer Katatonie zur Beobachtung, bei dem durch eine enorme Häufung von Krampfanfällen der Tod des Individuums herbeigeführt wurde, eine Seltenheit, die das allgemeine Interesse beanspruchen dürfte.

Ich gebe im nachstehenden einen kurzen Auszug aus der Krankengeschichte und dem Sektionsprotokoll, die Notizen bis zur Aufnahme in die hiesige Anstalt sind dem mir gütigst überlassenen Krankenjournal der Freiburger psychiatrischen Universitätsklinik entnommen.

Amalie F., geb. 30. August 1873, Fabrikarbeiterin. Verheirathet. Belastung: Mutter und die Schwester der Grossmutter eine kurze Zeit geistesgestört. Sie ist die einzige Tochter, hat 2 Kinder von $1^1/_4$ und $^1/_4$ Jahr. Früher mit Ausnahme von Lungenentzündung gesund, gute Schülerin, späterhin ruhig, arbeitsam, sparsam, besorgte Mutter, regelmässige Lebensweise. In letzter Zeit Menstruationsanomalien, aufgeregt-ängstliches Wesen, schlechter Schlaf, Kopfschmerzen, Unlust zum Arbeiten, Beeinträchtigungsideen, glaubte, man wolle sie von der Familie wegnehmen, glaubte sich in der Fabrik verfolgt, verweigerte das Essen, weil sie es für vergiftet hielt.

28. November 1901 Aufnahme in die psychiatrische Universitätsklinik Freiburg.

Schreit laut, Stimmung anscheinend durch paranoische Auslegung der Handlungen der Umgebung sehr ängstlich; nicht zu fixieren. Betet laut, fleht die heilige Barbara um Schutz und Hilfe an. Soll 6—7 Tage nichts gegessen haben, ist sehr erschöpft, schläft in der folgenden Nacht nur 1 Stunde. Bei Annäherung des Arztes und des Wartepersonals ausgesprochen agitierte Angst und lautes Beten. Passives Widerstreben. P. S. R. lebhaft, besonders links, kneift die Augen, beim Versuch sie zu öffnen, fest zu. Sondenernährung, versucht zu beissen. Blickt zum Fenster hinaus und sagt spontan: „Ich habe die heilige Barbara gesehen". „Komme ich in die Hölle? Lass mich doch in den Himmel!" Ass am Nachmittag spontan.

4. XII. 01. Versteckt sich unter der Bettdecke, schreit und wehrt sich beim Versuch die Decke wegzuziehen, anscheinend zahlreiche Gesichts- und Gehörshalluzinationen bedrohlichen Inhalts. Meist desorientirt und verwirrt, bisweilen freiere Momente: „Lassen Sie mich doch wieder nach Hause, Herr Dr."

12. XII. 01. Zeitweise Sondenfütterung. Abstinenz anscheinend auf der Basis vager, wenig nachhaltiger, passagerer Vergiftungsideen wechselnder Art. Verbirgt sich wieder.

18. XII. 01. Neuerdings Contrasthallucinationen, hört die heilige Maria nach ihr rufen, hat sie „klingeln" hören, „im Zimmer" gesehen. Läuft dem Klingeln nach. Kurze, lichtere Intervalle mit erstaunt ängst-



lichem Herumsehen („Was ist denn eigentlich hier los?“ „Ich weiss nicht, es ist hier alles ganz verkehrt!“ „Was habt Ihr denn mit mir gemacht, dass ich so bin?“) Körperliche Untersuchung und Exploration nicht möglich. Sehr abweisend. Lässt sich nicht wiegen.

Januar 02. Bleibt nicht im Bett, wehrt ängstlich ab, schlägt Kreuze, will „hinaus zur Maria“. Ihr ganzes Wesen hat häufig im Ton der Stimme und im Gebahren etwas Kindisches an sich. Misstrauen gegen die nur mangelhaft wahrgenommene Umgebung.

Februar 02. Körperliche Untersuchung. Keine Drüsenschwellungen, keine Ödeme, Efflorescenzen. Keine abnorme Behaarung oder Pigmentirung. Schädel auffallend klein. Ohrläppchen angewachsen, Augen und Thränenapparate o. B. Gaumen hoch und eng. Keine Struma. Skoliose nach vorn. Lungen o. B. Herz: Spitzenstoss etwas ausserhalb der Mamillarlinie, Töne rein. Bauchdecken straff. Leber und Milz nicht vergrössert. Lebhafte Sehnenreflexe. Pupillen scheinen zu reagiren (kaum zu prüfen). Grobe Kraft gut, Schmerzempfindlichkeit anscheinend etwas herabgesetzt. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

März 02. Häufig äusserst gewaltthätig, zerreisst Wäschestücke, schmiert mit Speisen, Urin und Koth. Ab und zu vage Versündigungsideen, Hallucinationen bestehen fort. Wiederholt Sondenernährung.

1. April 02. Seit einigen Tagen wesentlich verändert. Spricht in „fremden Sprachen“ in stark manirirter Weise. Nachts und auch seltener unter Tags enorme Angstaffecte mit durchdringendem Schreien. Fragt einmal mitten im stärksten Schreien: „Gell, ich bekomme doch auch eine Flasche Bier?“, Manirirte Körperbewegungen als Ausdruck der Affecte. Aeusserst unreinlich. Koprophagisch; behauptet, sie müsse das thun zur Busse ihrer Sünden. Sucht auch fremden Koth zu essen, leckt Wunden anderer ab.

10. April. Das manirirte Sprechen hat sich noch mehr herausgebildet, Infantilismus der Sprache, bisweilen spricht sie in völlig unzusammenhängenden, unverständlichen Lauten und Silben. Liegt gewöhnlich zusammengekauert im Einzelzimmer, erhebt sich, wenn der Arzt kommt, begrüsst ihn in äusserst manirirter Weise und beginnt dann bei Befragen ihr Kauderwelsch.

18. April 02. Beginn eines Typhus abdominalis. Dauer der Fieberperiode 18.—28. April (Vidal positiv, Diazoreaction positiv, Milzvergrösserung, Pulsverlangsamung, Typhusstühle, Temp. steigt bis 39,7.) Seit Beginn der Typhuserkrankung Nachlassen der katatonen Symptome.

20. Mai 02. Exact orientirt, freundlich, willig-lenksam, weniger grimmassirend, von der Norm abweichend nur durch eine erhebliche psychische Schwäche, kindisch-läppisches Gebahren, infantile Sprache.

24. Mai 02. Seit heute stärkeres Grimmassiren, zunehmende Unruhe, unmotivirtes aus-dem-Bett- und an-die-Thür-drängen, Schreien, Weinen. Sexuell stark erregt, masturbirt viel, belästigt Kranke, Personal und Aerzte durch Angriffe auf die Genitalien, Küsse und dergl.

1. Juni 02. Zunahme der katatonen Symptome bis zum Status quo ante (19. IV. 02). Fortwährendes Grimmassiren, Verbigeriren, triebartige Handlungen, negativistisches Verhalten, stereotype Redensarten, Nahrungsverweigerung, Gewaltthätigkeiten, sexuelle Erregung. Durch Narcotica kaum zu beruhigen.

24. Juni 02. Röthung über der Mitte des Nasenrückens. Incision, Eiterentleerung. Knochen liegt frei. Abends Collaps, nachdem Patientin vorher sehr unruhig war.

25. Juni 02. Ruhiger, viel Grimmassiren, Stereotypien, bizarre Haltung.

20. Juli 02. Pat. entzieht sich meist jeglicher Behandlung durch stürmisches Fortdrängen in triebartiger Weise unter Aufbietung grosser Kräfte und Geschicklichkeit. Aus der Incisionswunde über dem Nasenrücken entleert sich heute ein Sequester (os nasale). Patientin sitzt stundenlang in der gleichen bizarren Haltung auf dem Boden, führt häufig dabei stereotyp die gleiche Bewegung aus, z. B. Aufstampfen der Füsse oder Wiegen des Körpers.

30. August 02. Patientin rollt sich stundenlang im Einzelraum in eigentümlich gezwungener Haltung über den Boden, hüpft umher, bewegt rhythmisch Arme und Beine. Stets völlig orientirt, kennt alle Personen ihrer Umgebung, die Dauer ihres hiesigen Aufenthaltes.

September und Oktober 02. Wechsel zwischen Negativismus (Mutacismus) und ausserordentlich starker Erregung. Bizarrerien in Haltung, Stellung und Bewegung, Danebenreden, Reden in „fremden Sprachen“, Infantilismus der Sprache, Masturbiren, Schmieren, lässt Urin in die Essgeschirre, viel sexuelle Angriffe auf das Personal.

1. November 02. Vorübergehende Stuporzustände mit flexibilitas cerea (1/2—6 Stunden), die durch impulsive Handlungen durchbrochen werden. Mastitis. Zahlreiche Furunkel.

28. November 02. Seit 5. November Stupor in bizarrer Haltung. Schnauzkrampf. Negativismus. Gebraucht in Folge vieler Essmaniren 1 Stunde, um 1 Stück Brot zu essen. In der Klinik bis jetzt noch nicht menstruirt.



1. December 02. Hochgradige Erregung, viel Kraft und grosse Gewandtheit.

15. December bis 15. Febr. 03. Radialislähmung. März bis Mai 03. Beständiger, oft rapider Wechsel der katatonen Symptome. Häufig sehr gewaltthätig, Dauerbäder ohne Wirkung. Bisweilen freiere Momente, in denen sie der Exploration zugänglich ist, bei länger dauernder Exploration deutliches Danebenreden.

Juni 03. Unverändert, allerlei Impulsivitäten. Läuft, nachdem sie stuporös dagelegen hatte, plötzlich einer Maus nach, beisst sie halb durch und verschlingt sie, zeigt dann mit einem blöde-glücklichen Lächeln auf die aus dem Munde hängenden Mauseingeweide. Sie erzählt, sie habe das gethan, um die Seelen der armen Kranken zu erlösen, damit diese einsteigen könnten in den Zug, der von der Erde nach dem Himmel fährt. Sie wird noch viele Mäuse mit Freuden essen, wenn sie jemanden damit einen Gefallen thun kann, da sei doch nichts dabei die Maus habe ganz gut geschmeckt. Seit 8. Juni links ein Othaematom, das sie sich wahrscheinlich beim Kampfe mit einer Patientin zugezogen hat. Häufig Furunkel. Aeusserst unreinlich und schamlos.

Juli 03. Starke Erregungen, fasst mit grosser Geschicklichkeit nach den Haaren oder den Genitalien der Wärterinnen. In den seltenen freieren Intervallen zeigt sie sich orientirt über Zeit, Ort und Situation, sie kennt sehr viele Kranke, alle Aerzte und Wärterinnen mit Namen, auch die allgemeinen Kenntnisse sind durchaus nicht reducirt. Rechenaufgaben (111 — 37, 101 — 13 etc.) rechnet sie ziemlich schnell und richtig aus, sie weiss im Grossen auch über wichtigere allgemeine geschichtliche und geographische Dinge Bescheid. Besonders auffallend ist jedoch, mit wie grosser Festigkeit die Texte vieler Kirchenlieder, patriotischer und Volkslieder in ihrem Gedächtniss haften, sie singt sie häufig und trägt sie „gefühlvoll" vor, meist mit Thränen in den Augen.

August 03. Zupft sich die Haare aus und isst sie, reisst sich die Haut in kleinen Fetzen ab. Othaematom fast völlig resorbirt mit geringer Deformation der Ohrmuschel.

September bis Dezember 03. Unverändert, starkes Grimmassiren, Mahlbewegungen, Schnauzkrampf. Negativismus.

Januar 04 bis September 04. Unverändert das gleiche Bild, Wechsel zwischen Stupor und Erregung, Stereotypien, Bizzarrerien, Negativismus, Maniren.

30. September 1904 erfolgte die Aufnahme in die Grossherzgl. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen. Status praesens: Mittelgrosse, kräftig gebaute Frau von mässigem Ernährungszustand. Grösse 146 cm, Gewicht 46 kg, Kopfumfang 53 cm. Auf dem Rücken 4, wahrscheinlich von Furunkeln herrührende Narben, auf der rechten Mamma eine längere, lineare Narbe. Die körperliche Untersuchung ist wegen des starken Widerstrebens der Kranken sehr erschwert. Schädel klein, symmetrisch. Haare hellblond, Irides graubraun, Pupillen weit, Reaction nicht zu prüfen. Ohrläppchen angewachsen. Mund wird nicht geöffnet. Facialis gleich innervirt. Kein Struma. Lunge und Herz, soweit bei der widerstrebenden Patientin festzustellen ist, o. B. Puls 112. Sehnenreflexe gesteigert. P. S. R. gleich. Nadelstiche werden an den verschiedenen Teilen des Körpers mit schmerzhaftem Verziehen des Gesichtes beantwortet, sonstige Sensibilitätsprüfung unmöglich. Urin frei von Eiweiss und Zucker.

Auf Fragen nach Ort und Zeit, Familienverhältnissen antwortet sie mit stereotypen Redensarten: „Du lieber Heiland, Du, gell, das darf man nicht machen?" Nur einige wenige sinnreiche Antworten sind von ihr zu erhalten, dass sie in K. geboren sei, 2 Kinder habe, früher in Freiburg war. Sie fasst häufig nach der Hand des Arztes, küsst sie wiederholt, kniet nieder zum Beten, verzieht bisweilen das Gesicht zum Weinen. Viel Grimmassiren, deutlicher Schnauzkrampf. Andeutungen von Katalepsie. Während des Sprechens leckt sie öfters mit der Zunge die Nasenspitze. Ihre Reden sind zum grossen Theil von religiösen Vorstellungen beherrscht. Vollkommener Mangel an Affect. Aufmerksamkeit und Auffassung leidlich. Sprache kindlich-manirirt.

Patientin macht in der Folgezeit viel Schwierigkeiten, legt sich zu anderen Patientinnen ins Bett, nimmt ihnen das Essen weg, widersetzt sich dem Personal mit grosser Kraft und Geschicklichkeit, klammert sich überall fest, zerreisst die Kleidung der Wärterinnen. Narcotica ohne nennenswerthe Wirkung. Bezeichnet den Arzt bald als „Herr Dr.", bald als Heiland oder Priester, die Wärterinnen als Schutzengel.

November bis Januar 05. Muss das Essen mit dem Löffel eingegeben bekommen, da sie zu allerlei Verkehrtheiten neigt. Aeusserst widerstrebend und gewaltthätig. Bei dem Entmündigungstermin fast stumm: „O ja, Vater, darf ich da hinsitzen, das ist schön", (Sopha), waren fast die einzigen Aeusserungen. Auf Fragen reagirte sie nicht.

(Schluss folgt.)

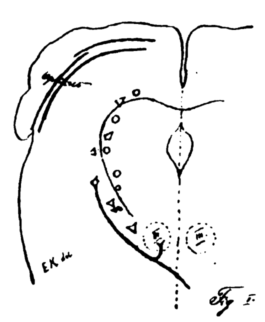


Vom Ursprung des prädorsalen Längsbündels und des Trigeminus, ein Beitrag zur topischen Diagnostik der Oblongata.

Von Dr. *Oskar Kohnstamm*, Königstein im Taunus.

Nach einem Vortrag auf der 30. Wanderversammlung südwestdeutscher Neurologen und Irrenärzte 1905.

Es ist bekannt, dass die Fasern der fontainenartigen Haubenkreuzung in dem der Ursprungsseite gekreuzten prädorsalen Längsbündel caudalwärts ziehen, um in der Oblongata und im Rückenmark zu endigen. Als Ursprung hatte ich einen als Nucleus intratrigeminalis tecti bezeichneten Kern angegeben, dessen spärliche grosse motorische Zellen in den mesencephalen Trigeminuskern des vorderen Vierhügels eingestreut sind (Monatsschrift für Psychiatrie und Neurologie 1900, Neurologisches Centralblatt 1903). Das im oberen Cervicalmark hemisecirte Kaninchen, bei dem offenbar nur wenige Fasern bis ins Halsmark hinabsteigen (Marchi-Methode), zeigte bei Nissl-Behandlung beiderseits degenerirte Zellen des Nucleus intratrigeminalis in der durch Fig. 1 angedeuteten Anordnung. Die Erklärung für die Degeneration auch auf der Operationsseite sehe ich jetzt



Die runden Zellen der Grenzschicht des centralen Höhlengraus gehören zum mes. V-Kern; die eckigen des n. intratrigeminalis, in Wirklichkeit relativ viel spärlicher, sind hier auf eine Ebene projicirt.

darin, dass der Halbseitenschnitt durch das obere Halsmark das prädorsale Längsbündel der nicht durchschnittenen Seite mit verletzt hat, welches ja der vorderen Längsspalte dicht anliegt. Doch ist auch ein theilweise gleichseitiger Ursprung noch nicht ausgeschlossen.

Gegen meine Auffassung des Nucleus intratrigeminalis hat M. Lewandowsky in einer inhaltreichen und werthvollen Arbeit sehr temperamentvollen Einspruch erhoben und den Kern als Ursprung des „Tractus Probsti" angesprochen, jener räthselhaften Fortsetzung der mesencephalen Trigeminuswurzel bis hinab in die Gegend ventral vom dorsalen Vaguskern. (M. Lewandowsky, Unters. über die Leitungsb. des Truncus cerebri, S. 113 und 119, Jena 1904.)

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Dr. Bickel hatte ich Gelegenheit, in der ihm unterstehenden experimentellen Abtheilung des Berliner pathologischen Instituts, meinen Versuch am Hund zu wiederholen und mit der Nissl-Methode festzustellen, dass bei diesem Thier in viel ausgesprochenerer Weise als beim Kaninchen nach Hemisection des Halsmarkes der Nucleus intratrigeminalis der Gegenseite degenerirt und demnach als Ursprung des prädorsalen Längsbündels angesprochen werden muss (Demonstration). Auch Wallenberg ist durch Untersuchung des Taubenhirns zu der Schlussfolgerung geführt worden, dass „Fasern des tiefen Marks und der cerebralen Quintuswurzel annähernd gleichen Ursprung besitzen". (Anat. Anz. Bd. XXV.)

Die weisse Schicht, in welcher die Axone des Nucleus intratrigeminalis zur Fontainenkreuzung ziehen, bildet die mediale Begrenzung des tiefen Markes und wird zweckmässig als Stratum marginale des centralen Höhlengraus bezeichnet. Die dorsal und lateral vom tiefen Mark gelegene graue Substanz des vorderen Vierhügels wird durch die weisse Sehnervenschicht in eine äussere und innere graue Zone getheilt. Die innere graue Zone stellt Golgi-Präparaten zu Folge (vergl. Kölliker) die Verbindung her zwischen der Sehnervenschicht und den Fasern der Fontainenkreuzung. Da von dieser, beziehungsweise dem prädorsalen Längsbündel, Kollateralen zu den Augenmuskelkernen gehen, so stehen wir hier an der Stelle der engsten Verbindung zwischen Sehnervenendigung und Augenmuskelkernen. So weit also aus Thatsachen der physiologischen Anatomie gefolgert werden kann, wäre hier der anatomische Ort des Pupillarreflexes zu suchen. Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang, dass in derselben Sehnervenschicht centrifugale Fasern aus der Sehrinde endigen (Probst, Archiv f. Psychiatrie, Bd. 35). Der optische Reflexapparat ist also in der Lage, von der Sehrinde her dieselbe Beeinflussung zn erfahren, wie vom Sehnerven. Diese Beziehung führt zu einem anatomischen Verständniss der cortikalen Pupillarreflexe (Piltz) und der Thatsache andrerseits, dass bei grosshirnlosen Tauben und bei niedersten Wirbelthieren das Tectum opticum die Funktionen zu übernehmen vermag, welche beim Menschen vom Grosshirn ausgeübt werden. Ganz ähnliche Beziehungen (wie zwischen Opticus und Nucleus intratrigeminalis) bestehen zwischen Vestibularisendigung und Deiters'schem Kern.

Zu den Funktionen des eben geschilderten optischen Reflexapparates muss es ferner gehören, nach einer peripherischen Netzhautreizung die Stelle des deutlichsten Sehens auf die Ursache dieses ıGesichtseindruckes einzustellen. Die Bewegungsempf ndungen des Auges werden von dem sensiblen Trigeminuskern der Brücke recipirt und in diesem nach meiner Ausdrucksweise als „kinästhetische Determinanten" aufbewahrt. Auf diesen beruhen die Lokalzeichen der Netzhaut. Denn die Gegend des sensiblen Trigeminuskerns der Brücke ist mit der Sehnervenendigung im Tectum durch ein ungekreuztes absteigendes „Associationsbündel" verknüpft, nämlich durch Münzer's Tractus tecto-pontinus. Es wird nach meiner Auf-

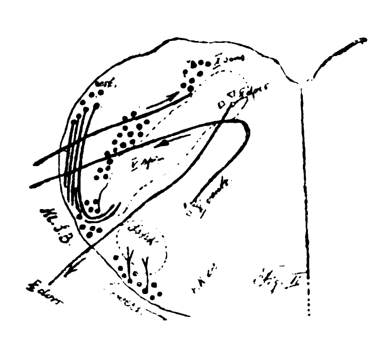
fassung gleichzeitig mit jedem Gesichtseindruck, der durch den äusseren Kniehöcker zur Sehrinde fliesst, via tectaler Sehnervenendigung und Tractus tecto-pontinus der sensible Trigeminuskern gereizt und veranlasst, auf dem Weg der medialen Schleife ein Aequivalent des Lokalzeichens zum Grosshirn zu senden. Aus der Vereinigung dieser und der rein optischen Erregung entsteht das Aequivalent des lokalisirten Gesichtseindruckes. In ganz analoger Weise habe ich auch die Lokalzeichen der Haut verständlich zu machen versucht (Intelligenz und Anpassung, Entwurf zu einer biologischen Darstellung der seelischen Vorgänge, Ostwald's Annalen der Naturphilosophie, Supplbd. 1903.)

Lewandowsky erblickt irrthümlich, wie wir sahen, in den grossen Zellen der Sehnervenschicht den Ursprung des prädorsalen Längsbündels. Eher sind sie der Ursprung des Tractus tecto-pontinus und der centralen Haubenbahn. Wo aber entspringt der Tractus Probsti, den Lewandowsky von meinem Nucleus intratrigeminalis ableitet? Ich glaube, von den bläschenförmigen Zellen der mesencephalen Trigeminuswurzel selbst, die nach Ramon y Cajal Kollateralen an den Kaumuskelkern abgiebt und wahrscheinlich ebenso den Tractus Probsti noch weiter caudalwärts entsendet. Die mesencephale Trigeminuswurzel nimmt ja überhaupt durch die Form ihrer Ursprungszellen und durch diese Kollateralen eine ganz einzige und ungeklärte Stellung unter den motorischen Endneuronen ein. In der Morphologie der Ursprungszellen und der Kritik der Angaben von Terterjanz schliesse ich mich Bickel völlig an. (Arch. f. micr. Anat. Bd. 59.)

Es ist oben vorausgesetzt worden, dass der in der Eintrittshöhe der Nerven gelegene sensible Trigeminuskern dem Muskelsinn des Trigeminus dient. Dies geht hauptsächlich daraus hervor, dass aus diesem Kern die Brückenschleife hervorgeht, die nach Lewandowskys wichtiger Beobachtung alsbald eine Kreuzung eingeht und sich dann der medialen Schleife anschliesst. Der sensible Trigeminuskern der Brücke ist also ein Analogon der Hinterstrangskerne und die in ihn eingehenden Wurzeln entsprechen den Hintersträngen des Rückenmarkes. Die dissocirte Empfindungslähmung bei Läsion der spinalen Trigeminuswurzel und ihres Kernes beweist, dass diese Gebilde den „cinerespetalen" Reflexkollateralen und dem Grau des Hinterhornes entsprechen.

Wo aber ist das Analogon der Kl. S. B.? Ich glaube dieses gefunden zu haben. In frontaleren Höhen schliesst sich an den Kern der spinalen V.-Wurzel ventral ein Zipfel grauer Substanz an, der mit dem Hauptheil des V.-Kernes durch eine schmälere oder breitere Brücke verbunden ist. In diesen „Nucleus trigemino-cerebellaris" sieht man auf's deutlichste mediale Fasern des Strickkörpers einstrahlen. Sie durchziehen dabei, wie in Fig. 2 angedeutet, das Querschnittfeld der Kl. S. B. Wenn dasselbe in Folge von Quer-Läsion des Rückenmarkes degenerirt ist, so erkennt man dies Verhalten noch deutlicher als an normalem Material.

Dieser Tractus trigemino-cerebellaris degenerirt thatsächlich nicht nach ausgedehnter Zerstörung des



Kleinhirns und erscheint, wie ich einer anderen Zwecken dienenden Zeichnung van Gehuchten's*) entnehme, unter geeigneten Bedingungen nach Verletzung des Strickkörpers in retrograder Degeneration. Es ist also einer von Edinger's Tractus nucleo-cerebellares.

Auch was die Reflexvermittlung anlangt, entspricht der Kern der spinalen Wurzel dem segmentalen Grau des Rückenmarkes. Denn es führen Läsionen des Trigeminuskernes der Oblongata zu Areflexie der Kornea und Konjunctiva. Die zugehörigen Fasern der spinalen Wurzel scheinen besonders leicht lädirbar zu sein, ähnlich wie die Zuleitungsfasern des Patellarreflexes. Daher erkennt Oppenheim in der Areflexie der Kornea ein Frühsymptom des Druckes, der auf die Gebilde der Brücke und damit auf die spinale Wurzel ausgeübt wird (Neurol. Centralbl. 1905).

Die Funktion der Kl. S. B. anlangend, lässt sich aus dem klinischen Thatsachenmaterial nur folgern, dass sie für die Leitung des Schmerz- und Temperatur-Sinnes entbehrlich ist. Andrerseits verdient es ernste Beachtung, dass sie hauptsächlich aus dem Dorsalmark entspringt, welches keinen exogenen Zuwachs zu den Hintersträngen erhält, hingegen die visceralen Schmerzfasern in seine Hinterhörner einmünden lässt!

Aus anderen Beobachtungen und meinem Falle von acuter Bulbärapoplexie**) geht hervor, dass das ventrale Drittel des Trigeminuskernes der Oblongata dem Temperatur- und Schmerzsinn eines Ausschnittes aus dem Trigeminusgebiete vorsteht, welcher folgendermassen begrenzt ist:

Mediale Grenze . . . . Medianlinie
Untere „ . . . . Oberlippe
Laterale „ . . . . Verbindunglinie von äusserem Mund- und Augenwinkel und deren Fortsetzung nach oben.

Nur dieses selbe centrale Gebiet des Gesichtes wird nach Head von den reflektirten Schmerzen betroffen, welche aus den Organen der Bauch- und Brusthöhle mit Ausschluss des Urogenitalapparates stammen. Auch hierfür giebt, wie ich glaube, die

*) Le Nevraxe, Bd. VI.

**) Beschrieben von E. Mai, Archiv f. Psychiatrie 1904.

physiologische Anatomie der Oblongata eine befriedigende Erklärung:

Es muss trotz des Zweifels hervorragender Neurologen als gesicherte Thatsache gelten, dass der Tractus antero-lateralis ascendens seu Gowersi der Leiter des gekreuzten Temperatur- und Schmerzsinnes ist, wobei die Frage, warum die Hauptmasse seiner Fasern zum Kleinhirn zieht, zunächst allerdings ein ungelöstes Problem der Kleinhirnphysiologie bleibt. Die Bahn ist im Seitenstrangkern unterbrochen und hat hier Gelegenheit, auf anliegende Gebilde zu irradiiren. Der zunächst liegende Theil des Trigeminuskernes muss von Herden dieser Gegend mitbetroffen werden. Das sind solche, die gleichzeitig mit der gekreuzten Trigeminuslähmung zu gekreuzter dissociirter Empfindungslähmung von Rumpf und Extremitäten führen, also in den Tractus Gowersi und den Seitenstrangkern zu lokalisiren sind. Der ventrale Abschnitt des Trigeminuskerns versorgt also den oben umschriebenen centralen Theil des Gesichtes. Erkrankungen der Keimdrüsen irradiiren Heads zuverlässigen Angaben zu Folge nach der Occipitalzone, die von den obersten Cervikalnerven versorgt wird. Ihre Schmerzbahnen dürften also im caudalsten Abschnitt des Seitenstrangkernes eine Unterbrechung erfahren. Auf ähnlichem Wege muss auch mein „Erkältungsreflex" zu Stande kommen (Deutsche medicinische Wochenschrift 1903, 16), nämlich durch Irradiation von der Kältebahn im Gowers'schen Strang auf die Kerne des Trigeminus Vagus und der Formatio reticularis.

Herde der genannten Gegend pflegen auch zu Schling- und Stimmlähmung zu führen, woraus alle Autoren geschlossen haben, dass der ventrale Vaguskern mitbetroffen und das Centrum der entsprechenden Vaguswurzeln sei. Dieser Schluss ist hinfällig. Denn wie ich an dieser Stelle vor zwei Jahren an Marchipräparaten demonstrirt habe, verlassen die Axone des dorsalen Vaguskernes als ventralste Vagusfasern die Oblongata am unteren Pol der ventralen Trigeminuswurzel und durchkreuzen dabei den Ort jener Herde. Die Axone des ventralen Vaguskernes machen die bekannte Schlinge, überkreuzen am ventralen Rand des dorsalen Graus die Fasern aus dem dorsalen Kern und verlassen die Oblongata als mittlere Vagusfasern, indem sie die spinale V-Wurzel in ihrer ganzen Querschnittsausdehnung durchbrechen. Van Gehuchten hat sie durch retrograde Marchi-Degeneration dargestellt.*) Die centripetalem Vagusfasern liegen als echte hintere Wurzeln am weitesten dorsalwärts. (Marchi-Degeneration nach X-Durchschneidung central vom ggl. jugulare.) Dies sieht man am schönsten etwas caudal vom Eintritt des IX. Nerven da, wo der sensible Vaguskern seine grösste Ausdehnung erreicht und mit dem Kern der spinalen V-Wurzel verschmilzt. Diese Verschmelzung giebt die Möglichkeit der Irradiation vom sensiblen Vagus auf das Trigeminusgebiet, auf welcher nach meiner Vermuthung die reflektorische Hyperämie der Nasenschleimhäute und der reflektorische Herpes der Hornhaut und der Lippen bei der Menstruation und bei inneren Erkrankungen beruht. Während die Hornhaut im ventralen und im dorsalen Abschnitt des Trigeminushalbmondes vertreten zu sein scheint, gehört die Mundschleimhaut und der Haupttheil des Hautgebietes rami III. nervi trigemini ausschliesslich den dorsalen zwei Dritteln desselben an und zwar hauptsächlich in frontaleren Höhen. Dies folgt aus dem klinisch-anatomischen Thatbestand bei acuter Bulbärparalyse aus Wallenberg's Thierversuchen und schliesslich aus einem hochinteressanten Sektionsfalle von Head und Campbell, in welchem eine partielle Erkrankung des Ganglion Gasseri einerseits zu Herpeserruption im Gebiet des dritten Trigeminusastes, andererseits zu Marchi-Degeneration der dorsalen zwei Drittel der spinalen V-Wurzel geführt hatte.

*) Le Nevraxe Bd. V.

Die Kontroverse über die etwaige Beimischung von Geschmacksfasern des Trigeminus zum Solitärbündel verliert dadurch wesentlich an Interesse, dass sicherlich die grauen Kerne beider mit einander verschmelzen. Die Sekundärneurone bilden also jedenfalls eine anatomische Einheit.

Zusammenhang.

1. Der nucleus intratrigeminalis tecti ist der Ursprungskern des gekreuzten prädorsalen Längsbündels.

2. Läsion der spinalen V-Wurzel und ihres Kernes führt zu dissociirter Empfindungslähmung und zu Areflexie der Kornea.

3. Der ventrale Zipfel des nucleus radicis spinalis V entsendet ein Analogon der Kl. S. B.

4. Der sensible V-Kern der Brücke ist das Analogon der Hinterstrangskerne.

5. Die Axone des dorsalen X-Kernes treten am ventralen Pol der spinalen V-Wurzel aus und werden durch Läsionen dieser Gegend zerstört.

6. Die in das Trigeminusgebiet reflektirten Visceralschmerzen Head's entstehen durch Irradiation vom Seitenstrangkern auf den nucleus radicis spin. V.

Referate.

— Dr. Stadelmann, Das Wesen der Psychose auf Grundlage moderner naturwissenschaftlicher Grundlage. Heft IV. Die Katatonie. München 1905. Verlag der ärztlichen Rundschau. 2 M.

Jedes psychotische Geschehen findet ein Analogon im normalen psychischen Geschehen, jede Psychose hat „zum Grunde" eine „irgendwie chemisch oder physicalisch bedingte Anlage" („Kontrast- resp. Ermüdungsanlage"), und als „Ursache" ein „Erlebniss".

Aus diesen grundlegenden Sätzen sucht Verf. im vorliegenden Heft über das Wesen der Katatonie Aufschluss zu gewinnen. „Mächtig das äussere Weltbild zu fühlen durch das Ich und als einen Teil des Ich, dem es zusagt, dies ist das Leben der Anlage, aus der einst die Katatonie erwächst. Anderes erleben zu müssen, als was dieser Anlage passt in ihrem Werthen, ist ihr Zusammenbruch." Die „Enttäuschung" bringt diesen „Kontrastbeanlagten" zur Psychose Katatonie. „Hatte der Kranke früher die Welt übergross gewerthet", so fühlt er sich jetzt betrogen, er weist sie von sich, macht sich Selbstvorwürfe (Selbstverstümmlung) und ärgert sich (Aggressivität). Diese melancholische Verstimmung schlägt zuweilen in Heiterkeit mit „hemmungslosen Reizerscheinungen" um, in denen die im melancholischen Stadium in der quergestreiften Muskulatur angesammelten „statischen Energien" sich umsetzen. Weiterhin kommt es zu stärkeren „Dissociationserscheinungen" im „Fühlorgan", zu „Kontrasterscheinungen" und „Negationen", aus dem beeinträchtigten „Fühlen der Weltbilder" entsteht Theilnahmslosigkeit, schliesslich Verblödung, „das Drama der Subjektivität ist aus." — Die hochgradige Schwäche dieser „Ermüdungsanlage", zu deren „Enttäuschungen" schon „kleinliche Werthe" genügen, resultirt aus einer „Dyskrasie des centralen chemischen Zellinhaltes" (Selbstvergiftung).

Die Lektüre des Stadelmann'schen Heftes ist durch die vielen neuen und eigenartigen Bezeichnungen des Verf. nicht gerade leicht; ob eine zwingende Nothwendigkeit für die weitere Bereicherung unseres Wissensgebietes mit neuen Ausdrücken vorlag, erscheint mir zweifelhaft. In oft gezwungener und schwer verständlicher Satzbildung bringt auch dies Buch nichts wesentlich Neues — wenigstens dem Kern nach —, was nicht von anderer Seite meist in weit einfacherer Form auch schon gesagt ist. Immerhin ist es ein geistvoller und interessanter Beitrag zur psychiatrischen Litteratur, wenn sie auch wiederum darthut, wie sehr die wirkliche Erkenntniss der Katatonie wie jeder Psychose und jedes psychischen Geschehens überhaupt noch in den Kinderschuhen steckt. Albrecht-Treptow a. R.

— Oppenheim. Die syphilitischen Erkrankungen des Gehirns. Wien 1903, brosch. 5,60 M.

Die Oppenheimsche Monographie ist bereits in zweiter Auflage erschienen. Spezialist und Praktiker werden sie mit gleichem Nutzen gebrauchen. In allen Fragen, die die Praxis an das diagnostische und therapeutische Können des Arztes auf diesem schwierigen Gebiete stellt, wird ihm das Buch ein zuverlässiger Rathgeber sein. Dabei ist es sehr gut geschrieben. Ganter.

— Stadelmann, Schulen für nervenkranke Kinder. Aus der Sammlung von Abhandlungen aus dem Gebiete der pädagogischen Psychologie und Physiologie, herausgegeben von Ziegler und Ziehen. Berlin 1903. 0,75 M.

In den genannten Schulen sollen neben bildungsfähigen Schwachsinnigen mit irgend einer nervösen Störung behaftete Kinder unterrichtet werden, wie Kinder mit Sprachstörungen und sonstigen Störungen auf motorischem Gebiet, auch Epileptiker, deren Intelligenz noch nicht zu sehr gelitten hat. Diese Schulen sollen in Verbindung mit einer Heilanstalt stehen. Des weitern bespricht Verf. die Unterrichtsmethode und Behandlung dieser Kinder. Für Ärzte und Pädagogen ist die kleine Schrift von gleicher Wichtigkeit. Möge sie dazu beitragen, die Einsicht von der Bedeutung der ärztlichen Thätigkeit im Erziehungswesen immer weiter zu verbreiten, damit auch hierin dem Arzte zukommt, was des Arztes ist.

Ganter.

— Dr. F. Jessen, Davos, Lungenschwindsucht und Nervensystem. Jena, Fischer, 1905. 112 S. 2 M.

Verf. forscht eingehend den mannigfachen Beziehungen zwischen Lungentuberkulose und Nervensystem nach. In dem Abschnitt „Lungentuberkulose und Psyche" weist er hin auf die durch erstere gesetzte „reizbare Schwäche" des Nervensystems, die im Verein mit der in tuberkulösen Familien nicht seltenen, stärkeren, erblichen Belastung zur Psychose führt. Verf. beschreibt den „tuberkulösen Charakter", depressive und manische Störungen, sowie Schwäche- und Intoxikationsdelirien; eine specifisch tuberkulöse Form der Geistesstörung stellt er mit der Mehrzahl der Psychiater in Abrede und weist gebührend auf den erheblichen Einfluss der Disposition für den Ausbruch der Psychose hin. Unter Berücksichtigung der Arbeiten Mercklins und Osswaldts bespricht Verf. die Häufigkeit des Zusammentreffens von Phthise und Psychose; den von ihm besonders hervorgehobenen Gegensatz von Lungentuberkulose und progressiver Paralyse kann ich allerdings nach meinem Material nicht in diesem Umfang bestätigen. Ebenso scheint mir der Heilwerth des Hochgebirgsklimas etwas zu hoch veranschlagt, wenn Verf. auf S. 38 meint, „reine Luft mit Auffütterung" könne sich nicht „im mindesten" mit seinen Wirkungen messen.

In weiteren Abschnitten findet dann die Lungentuberkulose in ihrem direkten Uebergreifen auf den Schädelinhalt (Meningitis), in ihren Beziehungen zu Neurosen (Asthma, Neurasthenie, Hysterie, Epilepsie), in ihrer Schädigung der sensiblen und motorischen Nerven (degenerative Neuritis), sowie ihren mannigfachen Beziehungen zu vasomotorischen, sympathischen secretorischen und trophischen Neurosen eingehende Darstellung.

Verf. behandelt sein Thema unter Berücksichtigung der neuen Litteratur erschöpfend und bietet für jeden Arzt Wissenswerthes und Interessantes.

Albrecht-Treptow a. R.

Bibliographie über Kriminal-Anthoprologie und Verwandtes.

IV. Quartal 1904.

Von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

Zucker: Einige Bemerkungen über die Bestrafung der Sittlichkeitsverbrechen. Monatsschr. f. Kriminalpsychologie etc. H. 4. 1. Jahrg.

Rotering: Die Versorgung des geisteskranken Verbrecher, mit Bemerkungen über die Wirksamkeit der Gefängnissabtheilungen in Preussen. Ibid H. 5.

Raecke: Zur Frage der Behandlung jugendlicher Verbrecher. Ibidem.

Kowallovsky: Zur Psychologie des Vatermordes. Ibidem.

Schott: Ueber Simulation von Geistesstörung. Münchener medicin. Wochenschrift. 1904. Nr. 42.

Weygandt: Epileptische Schulkinder. Psych.-neurologische Wochenschr. 1904. Nr. 28, 29.

Michaelis: Die erbliche Beanlagung bei der menschlichen Tuberculose. Archiv f. Rassen- u. Gesellschaftsbiologie. 1. Jahrg. (1904). H. 2.

Bornhak: Der Einfluss der Rasse auf die Staatsbildung. Ibidem.

Ballowitz: Ueber hyperdactyle Familien und die Vererbung der Vielfingerigkeit. Ibid. H. 3.

Achelis: Ethik u. Deszendenztheorie. Ibid.

Hirt: Typen nervös veranlagter Kinder etc. Ibid. H. 4.

Thurwald: Stadt und Land im Lebensprocess der Rasse. 1. Theil. Ibid.

Buschan: Cultur und Gehirn. Ibid. H. 5.

Dieterlen: Ueber congenitale Ektropieen und Erosionen am Muttermund. Diss., München 1903.

Fischer: Ueber Kiemengangcysten. Diss., München 1903.

Germer: Zwei congenitale Tumoren des Vorderarmes. Diss., Greifswalde 1904.

Die Erinnerung eines 5jährigen Knaben. Aberglaube des Mörders. Archiv f. Kriminalanthropologie etc. 17. Bd., H. 3 u. 4.

Burinsky: Die Farbentheilung, die chromolytische Photographie als Grundlage für gerichtliche Untersuchung der Actenstücke. Ibidem.

Löwenstimm: Anal Koni, ein russischer Redner. Ibidem.

Amschl: Wildschützenromantik als Verbrechen. Ibid.

Roscher: Die dactyloscopische Registratur. Ibid.

Siefert: Vom Betruge. Aus der Rechtsprechung des Reichsgerichts. Ibid.

Schneickert: Neue Gaunertricks. Ibid.

Reiss: Beitrag zum Verfahren, undeutliche Speichelschriften sichtbar zu machen. Ibid.

Lohsing: Eine Lücke in den österreichischen Strafkarten.

Lohsing: Sträflinge im Dienste der Blindenfürsorge. Ibidem.

Skliar: Ueber Gefängnisspsychosen. Monatsschrift f. Psych. u. Neurologie. 1904. Oct. Nov.

Chatelain: Testament d'un Simple d'esprit. Annales médico-psychologiques, 1904. Sept.—Oct.

Thivet: Simulation et dissimulation de la folie. Ibid

Marie et Violet: Spiritisme et folie. Journal de Psychologie 1904. Nr. 4.

Féré: Note sur une forme d'impuissance sexuelle. (fétichisme négatif). Ibid.

Bianchini: „Aura Canora," Epileptique et équivalents musicaux. Revue de Neurologie, Sept. 1904.

Bolewski: Ueber congenitale Nierenmissbildungen etc. Diss., Würzburg 1904.

Mercier: Un adolescent dégénéré etc. Annales d'Hygiène Publique etc. 1904. Août.

Sollier et Boissier: Médiumnité délirante. Archives de Neurologie. 1904, Août.

Montero: Delitos contra la moralidad publica en la production artistica y literaria. Archivos da psyquiatria y criminologia, 1904, Mai—Juni.

Vurpas: Contribution à l'Histoire de la Dégénérescence. Les Myopsychies de Joffroy etc. Revue de Psychiatrie etc., 1904, Oct.

La Grasserie: De l'Expression de l'idée de Sexualité dans le langage. Revue Philosophique, 1904, Septembre.

Vigen: Le talent poétique chez les dégénérés. Thèse de Bordeaux, 1904.

Stedmann: A medico-legal case of well-poisoning. American Journal of Insanity, 1904, July.

del Greco: La psiche del simulatore. Il Manicomio. 1904, Nr. 2.

Rossi: Della memoria e dell' imaginazione sociale Ibidem.

Ventra e Angiolella: Un caso di frenosi sensoria in rapporto ad imputazione di falsi e peculato. Ibid.

Cels: Science de l'homme. Paris 1904.

Fischer: Ein einfaches u. practisches Verfahren für Hand- u. Fussabdrücke auf Papier. Korresp. der deutschen Anthrop. Gesellsch. 1904. Mai—Juni.

Eijkmann: Das neue graphische System für die Kraniologie. Handel v. d. Nederl. Anthropol.-Vereeng. 1904, pag. 62.

Frassetto: Crani moderni di Manfredonia Proposte di sistematica antropologica. Atti di Soc. Rom. di Antrop. 1904, vol. X.

Frassetto: Le forme craniche degli antropoidei, in rapporto alle umane. Atti di Soc. Rom. di Antrop. 1904.

von Hansemann: Ueber die rhachitischen Veränderungen des Schädels. Zeitschrift f. Ethnol. 1904, pag. 373 ss.

Personalnachrichten.

Bayern. Dr. Damköhler, III. Arzt an der Kreisirrenanstalt Klingenmünster, wurde zum Oberarzt an derselben ernannt.

Sachsen-Anhalt. Dem Director der Irrenanstalt in Bernburg, Med.-Rath Dr. Neuendorf wurde das Ritterkreuz I. Kl. des Anh. Hausordens Albrechts des Bären verliehen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 25. 16. September. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zum Andenken
an Theodor Meynert anlässlich des Erscheinens seiner Gedichte*).

„Das Dichten im weitesten Sinne ist das Wesentliche bei allem Empfinden. Zum Selbstdenken in den Wissenschaften gehört eben so viel Phantasie, als zu poetischen Erzeugnissen; und es ist zweifelhaft, ob Newton oder Shakespeare mehr Phantasie besessen haben.“ Herbart.

Die jüngst erfolgte Veröffentlichung der Gedichte von Theodor Meynert hat wohl die Meisten überrascht, denn nur sehr wenigen, nahen Freunden des grossen Denkers war es vergönnt, schon zu seinen Lebzeiten von der Existenz derselben zu erfahren und einzelne dieser Perlen seines tiefen Gemüthes kennen zu lernen. Nun aber, da sie uns allen zugänglich sind, finden wir in ihnen eine neue Quelle der Bewunderung für die Grösse Meynert's, für den Adel seines Denkens; und jeder wird eine Vertiefung der Pietät für das Andenken Meynert's durch die Lectüre seiner Gedichte erfahren.

Die folgenden Zeilen sollen nicht versuchen, das Lebenswerk Meynert's umfassend zu charakterisiren oder seine Gedichte vom Standpunkte einer litterarischen Kritik zu würdigen, sondern nur eine wohlmotivirte Verehrung und Bewunderung für unseren grossen Meister will ich zum Ausdruck bringen. Nicht nur als Dichter, sondern vor allem als wissenschaftlichen Forscher und Philosophen sehe ich in ihm einen Künstler.

Der Forscher, der Arzt sind in Meynert nicht zu trennen vom Philosophen, vom Dichter, vom Menschen überhaupt; alles ist zu einer ganzen, harmonischen Persönlichkeit entwickelt, deren grundlegender Zug das Streben ist, in allem ein Ganzes zu schaffen. Sein kraftvoller Sinn für das Wesentliche hat ihn von Anfang in seinem Fache diejenige Forschungsrichtung einschlagen lassen, welche allein geeignet war, eine dauernde Basis für den Ausbau der Lehre von den Geisteskrankheiten zu schaffen. Seine Werke beweisen auf das deutlichste, dass wissenschaftliche Arbeit nicht nothgedrungen nur analytische Leistung ist, dass vielmehr auch der naturwissenschaftliche Forscher schaffend und gestaltend arbeiten kann, wie irgend ein Künstler, wenn auch sein Gebiet ausserhalb der gemeinhin als Kunst bezeichneten Arbeitsarten liegt. Wissenschaftliche Thätigkeit kann über das methodische Beobachten, Erkennen, Bewerthen und causal richtige Aneinanderreihen weit hinauswachsen. Die intuitive Leistung der Phantasie beim Forschen ist an sich ein Theil der inneren Arbeit des schaffenden Künstlers.

Adolf Hildebrand, ein anerkannter und geschätzter Künstler der Gegenwart, sagt zur allgemeinen Characteristik des künstlerisch angelegten Individuums, es zeichne sich „dadurch aus, dass es gerade die in der Sache liegenden Probleme empfindet und zu einer kräftigen Lösung führt, und dass sein Werk eine wahre Antwort auf die von der Natur gestellten Fragen giebt. Dass je nach der Individualität dies oder jenes Problem mehr in den Vordergrund tritt und als Hauptproblem gelöst wird, versteht sich von selbst. Immer aber liegt die künstlerische Potenz nicht im willkürlichen Ignoriren der sachlichen Anforderung, sondern gerade im Beantworten derselben.“ Diese Fassung lässt sich vollinhaltlich auf Meynert anwenden. Er ist stets von dem Bedürfniss getragen, aus dem Stückwerk der Einzelbeobachtung ein Ganzes zu formen und es in Wechselbeziehung zu bringen mit Thatsachen, deren Erkenntniss auf anderen Wegen und zu anderen Zeiten gewonnen wurden. So weiterschaffend in weitgreifender Consequenz, jede Detailarbeit in architektonischem Gefühl immer in Beziehung zu einem Ganzen zu leisten, das wieder vom Standpunkte unseres allgemeinen menschlichen Könnens und Wissens erfasst wird, ist fürwahr ein künstlerisches

*) Gedichte von Theodor Meynert. Wien u Leipzig 1905. W. Braumüller.



Schaffen — und so arbeitete Meynert. Er sucht als Naturforscher „eine Deckung zweier Hirnleistungen mit einander, einer Erscheinung der Natur und des Abschlusses einer Gedankenkette, durch welche er die Bedingungen der Erscheinung so entwickelt, dass im Schlussresultat sie selbst wieder im Geiste hervortritt."

Es war ihm vor allem ein Bedürfniss, eine sichere Basis zu gewinnen für das Verständniss der schwer zugänglichen Klinik der Vorderhirnerkrankungen. In erster Linie war es eine vervollkommnete Kenntniss des Gehirnbaues, was er anstrebte, und darauf aufbauend die Lehre von der Funktion und Mechanik dieses complicirtesten aller Organe. Im weiteren Ausbau dieser Lehren wird alles herangezogen, was naturwissenschaftliche Erkenntniss überhaupt an Material an die Hand giebt, um zum Verständniss der vielgestaltigen Leistungen des Gehirns zu führen.

An der anatomisch-physiologischen Richtung hat er unbeirrt festgehalten und Arbeiten aus diesem Gebiete sind der Hauptinhalt seines Lebenswerkes geblieben. Seine künstlerisch gestaltende Phantasie liess ihn in seinem engeren Fache zum bahnbrechenden neuschaffenden Forscher werden, der als genialer Baumeister das Gebäude von der Wissenschaft der Seele und ihren Krankheiten neu erstehen machte auf dem festen Boden der Schwesternwissenschaften, Anatomie und Physiologie. Er brachte die Lehre von den Vorderhirnerkrankungen nicht nur in innige Berührung mit den übrigen Disciplinen der Medicin, sondern mit den andern Wissenschaften überhaupt, mit der Philosophie und insbesondere mit zwei Kapiteln derselben, mit Psychologie und Ethik.

Meynert's Richtung in der Klinik der Psychiatrie ist am besten mit seinen eigenen Worten gekennzeichnet, er ist bestrebt, durch die Grundlagen des klinischen Verständnisses die Klinik der Vorderhirnkrankheiten aufzuhellen und diese Absicht „fliesst aus der Gemeinsamkeit der Quellen, von denen der gedeihliche Fortgang jedes entwicklungsfähigen klinischen Wissens herstammt, dem Baue der Leistung und Ernährung der Organe. Vieles, was in der bisherigen, vielfach zu subjectiven Psychiatrie nicht von der Strömung aus diesen Quellen getragen wird, muss wohl in derselben untersinken. Natürlich geht die Anschauung der klinischen Erscheinungen den Grundlagen ihres Verständnisses voran, die Erscheinungen am Kranken construiren sich nicht aus den wissenschaftlichen Grundlagen, sondern das Finden der Grundlagen ist von dem Bedürfnisse geleitet, die Erscheinungen zu durchdringen. Die Grundlagen stehen in, nicht neben der Klinik." Die Entwicklung und Gruppirung der Krankheitsbilder geht immer Hand in Hand mit der Schilderung der Schädigungen, die das Gehirn direct oder indirect getroffen haben. Ueberall da, wo von anderer Seite auf dem Wege schwankender Speculation mit Hilfe der Dialektik hypothetische Lehrsätze aufgestellt werden, ist er bestrebt, festen Boden zu gewinnen; deshalb erscheinen ihm auch die abstrakten Erblichkeits- und Degenerationstheorien als verwerfliche Mystik, und deshalb hat er „die Lehre von den Veranlagungen unter die Erkrankungen, nicht vor dieselben gestellt und vor allem auf ihre anatomischen Ausprägungen verwiesen."

Als das Wesen der Hypnose sensationelles Tagesgespräch des gebildeten und ungebildeten Publikums wurde, und die übermässige Ausübung derselben die Medicin zu diskreditiren drohte, war es ganz selbstverständlich, dass Meynert mit seinem gesunden und kraftvollen Denken dagegen energisch Stellung nahm, Belehrung brachte unter schwankende Aerzte und Aufklärung unter die aufnahmsfähigen Gebildeten. Der Missbrauch der Hypnose zu erziehlichen Zwecken rief seine heftigste Abwehr hervor. In seiner Arbeit: „Das Zusammenwirken der Gehirntheile" lässt ihn sein Unmuth darüber folgende Aeusserung der Ablehnung thun: „Ja der ansteckende Niedergang des Denkens in dieser Richtung geht so weit, dass man von Einrede in bewusstlosem Zustande sogar einen pädagogischen Gebrauch machen will, d. h. während man zu allen Zeiten für die Erziehung das Gehirn stark wünschte, wollen die Einreder für die Erziehung das Gehirn um das psychische Gleichgewicht bringen."

Wenn damals Meynert auch mit seinen energischen Protesten vielfach Widerspruch fand, so hat ihm doch die spätere Zeit vollauf Recht gegeben und weiss ihm Dank dafür, dass er sich hier wie überall da, wo das Wohl der Allgemeinheit es forderte, mit seiner ganzen Person einsetzte.

Meynert's Gedankengang bei der Analyse klinischer Bilder zu verfolgen und ihn die Erscheinungen auf Anatomie und Function des Gehirns zurückführen sehen, ruft in jedem von uns ein ästhetisches Gefühl hervor — seine Denkleistung hat ausgesprochene Schönheit. Wenn auch für den Anfänger sein Vortrag und seine Schreibweise nicht immer leicht zugänglich sind, so ist das nicht ein Mangel seinerseits, sondern liegt in dem Aufnehmenden selbst; die Gedankendichte und das überhaupt schwerer zu fassende stoffliche Material sind es, die anfangs Schwierigkeiten machen können. Aber selbst der jüngste Anfänger wird schon aus der ersten Lectüre Meynert's durch die Grösse der Conception von jener starken



fesselnden Anregung gefangen genommen, die der zwingende Impuls wird zu weiterem Vertiefen. Das, was Meynert in seinem so viele Wissensgebiete umfassenden Denken geschaffen hat, ist so reich an bedeutenden Gedankengängen, dass jeder, auch der Nichtfachmann, der nur überhaupt imstande ist durch Grosses an sich berührt zu werden, von diesem Manne Anregung und Befruchtung der eigenen geistigen Arbeit erfahren muss.

Er gehört zu jenen Grossen, die noch lange zu wenig gelesen werden.

Wenn auch die meisten Werke Arbeiten des Fachgelehrten sind, so tragen doch alle den Stempel der starken Persönlichkeit, die frei von jeder Fessel des Fachgelehrtenthums ist. Strenge Sachlichkeit und unbeirrbares Streben zum Ganzen führen ihn als unermüdlichen Forscher in seinem Fache, lassen ihn aber die Grenzen seines Denkens weit ausserhalb seines Faches finden.

Eine meisterhafte Art zu schildern und Bilder klarster Anschaulichkeit entwickeln, sehen wir Meynert in seinen populär-wissenschaftlichen Vorträgen, wo er sich an ein gebildetes Publikum ohne fachliche Vorbildung wendet. Mit geradezu bewundernswerth einfachen Mitteln werden hier Themen wie „Die Bedeutung des Gehirnes für das Vorstellungsleben" und „Zur Mechanik des Gehirnbaues" erörtert, die doch gewöhnlich beim Zuhörer einige Vorkenntnisse voraussetzen, und doch gelingt es ihm durch die grosse Einfachheit seines Sprachstils den Zuhörer mit Leichtigkeit folgen zu lassen und ein plastisches Bild zu gestalten. Die Worte, welche Meynert zur Charakteristik der populär-wissenschaftlichen Vorträge Karl Rokitansky's braucht, lassen sich vollberechtigt auch auf seine eigenen anwenden: „Die Darstellung trägt neben dem sachlichen Ernst jene edle Popularität an sich, welche nur den Kreis der Denkfähigen an sich zieht."

Ihr Entstehen verdanken diese Vorträge nach Meynerts eigenen Worten, „dem Zusammenfliessen des Interesses der Medicin mit dem menschlichen Allgemeininteresse für Enträthselung der geistigen Vorgänge". In einer Reihe dieser Vorträge besitzen wir die kostbarsten Documente für die Feinheit und Grösse von Meynert's Denken; ich brauche nur die Titel zweier berühmt gewordener Vorträge zu nennen wie „Gehirn und Gesittung" oder „Mechanik der Physiognomik". Die Lehre von den Geistesstörungen sehen wir ihn zu einer vergleichenden Wissenschaft erheben, die in erster Linie geeignet ist, die Mechanik von Bewusstseinserscheinungen zu erklären. Auf diesem Wege führt er uns zum Verständnisse psychischer Erscheinungen wie der Schlussbildung, der Causalität, Raum und Zeit, des Bewusstsein's, des Ich's, der Freiheit.

Wir besitzen in keinem seiner Werke ein zusammenhängendes philosophisches Bekenntniss, doch aus seinen, in verschiedenen Arbeiten wiederkehrenden allgemein philosophischen Fragen, welche er wie die der Psychologie und Ethik einer harmonischen Lösung zuführt, ergiebt sich, dass er, erfüllt von hohem Persönlichkeitsgefühl, ein Anhänger des idealistischen Princip's ist, sowie er auch ein Verehrer von Kant und Schopenhauer war.

Einen tiefen Blick in das eigene Innere Meynert's gestatten die zwei Reden, welche er zum Andenken an seine beiden grossen Zeitgenossen, Karl Rokitansky und Heinrich von Bamberger gehalten. So tief in das Denkerleben dieser Grossen einzudringen und ein so volles Bild ihrer hohen sittlichen Persönlichkeit zu entwerfen, vermag nur einer, der ihrem innern Wesen gleichfalls verwandt ist. Er hat uns in der Würdigung dieser Beiden das vornehmste Beispiel gegeben, das für seine eigenen Lebensziele gilt, und an dem wir ihn selbst messen können.

Aus der Enge seines Faches wird er durch eine gewaltige Expansion seines Geistes in's Weite allgemeiner Lebenserscheinungen und Daseinsfragen geführt und empfindet das eigentliche Glück seiner Seele in dem heiligen Streben nach fortschrittlicher Erkenntniss und im Besitze der Wahrheit.

Meynert als Mensch wird uns noch näher gebracht in seinen Gedichten; sein Geist war erfüllt von edelster Poesie. Aus den Gedichten spricht überall eine tief reflektierende Seele, die bei allen grossen Eindrücken im Innersten berührt wird und bei der Saiten des Empfindens anklingen, welche edelste Harmonien sind zwischen dem allgemeinen grossen Geschehen und Sein in der Natur und dem strebenden und schaffenden, in allen Skalen des Fühlens schwingenden, starken Ich. Was seine Phantasie umfasst, erscheint hier in Rhythmus und Form als Bild des innerlich Erlebten mit dem Gepräge seiner Eigenart. Der Inhalt seiner Gedichte ist, seiner reichgegliederten eigenen Art entsprechend, ein vielgestaltiger. Gleich das erste Gedicht „Memnon" giebt eine tief poetische Empfindung wieder, welche die ehrfurchtgebietende, ruhig ernste Stimmung der Natur in der Wüste paart mit dem Gedenken an längst entschwundene Zeiten höchster Herrschermacht und -Pracht, deren Reste uns in den Kolossen der Grabdenkmäler Aegyptens erhalten blieben. In „Vesalius" erscheint der vom Drange heiliger Wissbegier getriebene unerschrockene Forscher,

der vor nichts zurückschreckt, was ihm helfen kann, die Räthsel des Lebens zu lösen:

„Ich will Gedanken in die Leichen säen,
Und vieler Geister Brot wird daraus entstehen.“ . .

— — — — — — — —

„Da steigt empor und löset ohne Bangen
Des Räubers Leiche los Vesalius;
Mit dem sich dienend muss die Nacht verbünden,
Den jungen Tag der Forschung zu entzünden.“

Aehnlich wie hier finden wir in „Stilicho und zwei Mittelalter“ wieder den opferfreudigen Forscher, dem das eigene Dasein nur darin Wert hat, dass er für kommende Generationen arbeitet:

„Lasst uns nicht gleich neuen Stilichonen
Ziehn für nachtgeweihten Glanz ein Schwert.
Eine Schaar, die sterben soll, zu schonen,
Ist für hohen Sinn nicht kampfeswert.

— — — — — — — —

Lasst uns in des Wissens ew'gen Garten,
In der Künste Gärten ernten, sä'n.

— — — — — — — —

Und es segnet unsres Erbes Schätze
Ein Geschlecht, für das wir untergehn.“

Eine gesunde urkräftige Vollnatur kommt zum Ausdrucke in den Gedichten „Uliss“ und „Odin.“ In „Bezwungen“ empfindet man den nach vorne strebenden Vollmenschen, der zum Sieg gelangen muss; der Schluss trägt den Hauch der Herrnmoral, wie sie nur der Edelrasse zukommt.

Wie viel ist in den an sich so einfachen Gedichten wie „Der Gnom,“ „der Jäger“ und „Soldatenleben“ gesagt! Wie sehr ist hier Meynert wieder echter Künstler, der die allgemeine Forderung an den Künstler erfüllt, mit einfachsten Mitteln das Umfassende zu leisten. Der grosse Gedanke ist das Leitmotiv, das schlichteste Wort die Form, in der er gebracht wird. Er erhebt damit den Inhalt zum höchsten künstlerischen Ausdruck, zum Symbol.

Die Tiefe seines Gemüths offenbart sich in dem Gedichte an seine Tochter: „Theodora“ und in „Schweigen“ sowie „Im Stammbuch meiner Schwester.“ Schwerster Schmerz und ehrfurchtgebietende Resignation hat ihm das Gedicht „Johannas Büste“ an seine erste Frau abgerungen. Am Schlusse der Reihe steht „Der Trost,“ ein Gedicht, das uns wieder den umfassenden Denker mit dem Dichter vereint zeigt, den Denker, der es vermag alles Leben auf der Erde, von der Entstehung des Menschen an mit seinem Jahrtausende währenden Ringen und Hoffen, in einen Brennpunkt zu bringen, und den Dichter, der in Ergebung sich vor der Unabwendbarkeit alles grossen Geschehens in der Welt beugt, und darin das Walten des ewigen Fatums sieht. —

Seit dem Erscheinen der Hauptwerke Meynerts ist nun nahezu ein Menschenalter verstrichen, ein Zeitraum, der genügt um zu entscheiden, ob sein Verdienst ein bleibendes war. Die Entscheidung dieser Frage hat die wissenschaftliche Welt in vollem Umfange bejaht, ja seine Bedeutung wird heute von der Allgemeinheit noch höher geschätzt als früher. Meynert als Forscher und Mensch wird nicht nur ein leuchtendes Vorbild für jeden strebenden Fachkollegen sein, sondern man wird auf seine Werke immer wieder zurückgreifen, wenn die wichtigsten Leitgedanken in unserem Fache zu schwanken drohen, wenn die allgemeine Direktion verloren geht.

Dr. Eduard Phleps
Assistent a. d. Klinik f. Neurolog. u. Psych. Prof. Anton, Graz.

Aus der Grossherzgl. Bad. Heil- und Pflegeanstalt bei Emmendingen. (Director: Geh. Med.-Rath Dr. Haardt).

Tod durch gehäufte Krampfanfälle bei Katatonie.

Von Dr. med. *Rudolf Tetzner.*

(Schluss).

Februar bis Mai 05. Unverändert negativistisch.

2. Juni 05. Erlitt vor einigen Tagen einen Ohnmachtsanfall im Garten, von dem sie sich rasch erholte. War in den letzten Tagen regelmässig nachmittags im Garten, etwas unruhiger, klammerte sich an Aerzte und Personal, sobald sie Gelegenheit dazu hatte. Heute Abend 8 Uhr wurde bemerkt, dass sie anscheinend bewusstlos dalag und röchelnd atmete, Es traten dann in Pausen von 5—10 Minuten epileptiforme Krampfanfälle auf mit clonischen-tonischen allgemeinen Muskelkrämpfen, lichtstarren weiten Pupillen, Schaum vor dem Mund, unwillkürlichem Urinabgang, Bewusstlosigkeit. Zwischen den einzelnen Anfällen öffnet sie die Augen auf Anrufen, kommt aber nicht ganz zu sich. Der Leib ist weich, es besteht keine Koprostase, Patientin erhält seit Wochen täglich einen Einlauf.

3. Juni 05. Die Anfälle dauern fort, sind aber an Intensität und Extensität geringer als die ersten Anfälle. Im ganzen werden vom 2. Juni 8 Uhr abends bis 3. Juni 8½ Uhr abends 120 Anfälle gezählt. Patientin erhält 2 mal 1,0 Chloralamid in Stuhlzäpfchen, die



Anfälle setzen darnach jedesmal etwa 1/2 Stunde aus, abends 1,0 Chloral per Clysma, wovon nur ein kleiner Theil zurückbleibt. Temp. nachm. 4 Uhr 40,2°.

4. Juni. Patientin hatte während der Nacht zwei Anfälle. Liegt heute ruhig in Rückenlage da, zeitweise Zuckungen im linken Arm, den Augenlidern und den Mundwinkeln. Temp. 12 Uhr 39,0, 2 Uhr 38,9, 4 Uhr 39,0, 8 Uhr 39,1. Der Puls wird im Laufe des Tages frequenter, kleiner und unregelmässig, die Atemfrequenz steigt. Abends 9 Uhr setzen die Krampfanfälle wieder ein und dauern bis zum Tode, der am 5. Juni nachts 2 Uhr 45 Min. erfolgt, fort. Die Zahl der Anfälle beträgt 71.

Obductionsbefund (zusammengefasster, kurzer Auszug). Pupillen mittelweit, r > l.

Weissliche Trübung des Epicards, Klappenapparate der Aorta und Pulmonalis schlussfähig, zart, Intima zart, ohne Einlagerungen und Streifenzeichnung. Geringe Verdickung der Mitralis. Pleura beider Lungen mit zahlreichen fibrinösen Auflagerungen bedeckt. Pneumonie beider Unterlappen. Alter tuberkuloser Herd in der linken Spitze. Anthrakose der Hilusdrüsen. Fötale Lappung der Milz. Haselnussgrosse Cyste des linken Ovariums. Nieren o. B. Sonstige Organe o. B.

Schädeldach dünn, asymmetrisch, linke Schläfengegend flacher als die rechte. Längsblutleiter enthält flüssiges Blut. Dura mater glatt, glänzend, ohne Blutungen und Auflagerungen, mit dem Schädeldach nicht verwachsen. Basisgefässe zart. Hirngewicht 1150 g. Pia über allen Windungen diffus schwach getrübt, leicht ödematös. Piagefässe über mittel gefüllt. Pia leicht und ohne Substanzverluste abziehbar. Gyri nicht verschmälert, Sulci nur an einzelnen Stellen unbedeutend klaffend. Ventrikel nicht erweitert, Ependym überall glatt, nicht verdickt, nirgends Granulationen. Gehirn im allgemeinen blutreich, Rinde überall gut abgesetzt, keine auffallenden Dickenunterschiede. Grosshirnganglien dunkel, Ammonshörner, Pons, Medulla oblongata o. B.

Wir haben es also mit einer 28jährigen, erblich belasteten Patientin zu tun, die früher mit Ausnahme von einer Lungenentzündung immer gesund war, ein ruhiges arbeitsames Leben führte und die nun plötzlich mit Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen erkrankt. Dabei zeigt sich Arbeitsunlust, Schlaflosigkeit, Kopfschmerzen, Nahrungsverweigerung. Bei der Aufnahme in die Klinik ängstlich widerstrebend. Bald zeigen sich zahlreiche Hallucinationen, allerlei vage, nicht systematisirte Verfolgungs- und Versündigungsideen. Kindlich-läppische Sprechweise. Nach einigen Monaten: Negativismus, Mutacismus, Grimmassiren, Infantilismus, Verbigeration, Maniren, Koprophagie. Sehr zeitig zeigt sich eine erhebliche psychische Schwäche, dazu treten motorische Unruhe, Impulsivitäten, triebartige Handlungen, sexuelle Erregung, tiefgehende Sprachverwirrtheit, Stereotypien, Bizarrerien, Danebenreden, Schnauzkrampf. Wechsel zwischen Stupor und Erregung. Orientirung und Gedächtniss bis zum Tode erhalten, Schulkenntnisse leidlich.

Dieser Krankheitsverlauf entspricht so vollkommen dem klinischen Bilde der Katatonie, dass ein Zweifel an der Diagnose wohl kaum geäussert werden kann.

In Hinsicht auf den tötlichen Ausgang unter Krampferscheinungen könnte vielleicht der Gedanke Platz greifen, dass wir eine progressive Paralyse mit abnormem Verlauf vor uns hätten. Wir finden jedoch für diese Annahme keine weitere Stütze, die ganze Entstehung und der Verlauf der Krankheit sprechen gegen progressive Paralyse, insbesondere die bis wenige Tage vor dem Tode erhaltene Orientirung, die Merkfähigkeit der Kranken, die Verschrobenheit und die Maniren, der periodische Wechsel zwischen Stupor und Erregung, das Fehlen jeglicher Sprachstörungen oder sonstiger ataktischer und paretischer Erscheinungen, nicht zum mindesten auch der Gehirnbefund.

Es fragt sich nun, wie man die oben erwähnten Krampfanfälle auffassen soll. Soll man das ganze Krankheitsbild der Epilepsie zurechnen oder soll man sich für eine Spätepilepsie im Verlauf einer chronischen Psychose oder für gehäufte Krampfanfälle katatoner Art im Verlaufe der Katatonie entscheiden. Man könnte noch an Convulsionen denken, die im Verlaufe eines urämischen Comas aufgetreten sein könnten. Allein es fehlen alle weiteren klinischen Symptome der Urämie wie Übelkeit, Aufstossen und Erbrechen, Durchfälle, Unruhe und Präcordialangst, abgesehen davon, dass im Urin sich nie Eiweiss gezeigt hat und bei der Section die Nieren völlig normal gefunden wurden.

Die ganz plötzliche Entwicklung der Krankheit mit Versündigungs- und Verfolgungsideen, die zunehmende starke Häufung katatoner Symptome, der schnelle Eintritt einer erheblichen psychischen Schwäche, der Mangel jeglicher Periodizität, das Fehlen von Krampfanfällen in der Jugend und bei Entwicklung der Krankheit lassen den Gedanken an genuine Epilepsie eigentlich gar nicht recht aufkommen. Man könnte vielleicht noch an die sogenannte Syphilis-Epilepsie denken, die namentlich von den Franzosen, besonders Fournier, genau bearbeitet worden ist, bei der die Epilepsie auf dem Boden der syphilitischen Dyskrasie ohne eine bestimmte, durch die Syphilis hervorgerufene gröbere anatomische Veränderung des Nerven-



systems oder als sogenannte „Nachkrankheit“ der Syphilis entstanden zu denken ist.

Sowohl die körperliche Untersuchung als auch der Obduktionsbefund haben nun keinerlei Anzeichen für eine syphilitische Infection ergeben, abgesehen davon, dass Patientin 2 lebende Kinder geboren hat.

Spätepilepsie im Verlaufe chronischer Psychosen sind allerdings von einigen wenigen Autoren, z. B. Christiani im Arch. d. psich. XVI. 1895 und Muggia, Ferrara 1901, neuerdings von Näcke beschrieben worden, da man aber gar nicht so selten Gelegenheit hat, im Verlaufe der Dementia praecox, speziell der Katatonie neben allerlei anderen Krämpfen auch vereinzelte „typische epileptische“ Krampfanfälle zu beobachten, so möchte ich auch die im vorliegenden Fall geschilderten Krämpfe nicht als der Spätepilepsie bei Katatonie zugehörig betrachten, sondern als katatone Anfälle, die offenbar durch dasselbe Agens, das bei der katatonen Gehirnveränderung eine Rolle spielt, bedingt sind. Das, was den beschriebenen Fall als bemerkenswert erscheinen lässt, ist die extreme Häufung der Anfälle, wodurch das Bild des Status epilepticus hervorgerufen wurde, und die Tatsache, dass der Tod infolge dieser Häufung der Anfälle eintrat, allerdings bei einem Individuum, das durch Jahre lang andauernde Erregung und zahlreiche körperliche Erkrankungen geschwächt war.

Für Ueberlassung des Falles bin ich meinem hochverehrten Chef, Herrn Geh. Med.-Rath Dr. med. Haardt, zu besonderem Danke verpflichtet.

Mittheilungen.

— In **Lüttich**, der schönstgelegenen Stadt Belgiens, wo in diesem Sommer eine wohlgelungene und überaus sehenswerthe Weltausstellung stattfindet, wird vom 24. bis 28. dieses Monats ein internationaler Congress für Familienpflege tagen unter dem Ehrenvorsitz des Herrn Staatsministers Lejeune.

Der Congress wird einen Ueberblick gewähren über die Entwickelung und die Bedeutung der familiären Verpflegung Geisteskranker und wird sich beschäftigen mit der Ausdehnung der familiären Verpflegung auch auf Tuberkulöse, Epileptiker und andere unheilbare Kranke, sowie auf Greise, Trinker, Reconvalescenten etc.

Das Arbeitsfeld ist gross und erfordert die Mitarbeit eines jeden Arztes.

Auf dem Congress wird es zur Abstimmung von Reformvorschlägen kommen, die in legislativer, administrativer und finanzieller Hinsicht von grosser Wichtigkeit sind.

Vorträge, Mittheilungen und Beitrittserklärungen sind an den Generalsecretär des Congresses, Herrn Dr. Léon De Peron, Bruxelles (St. Gilles), avenue Adolphe Demeur 15 zu richten.

Man hofft, dass der Congress, zu dem namhafte Gelehrte und bedeutende Männer des In- und Auslandes erwartet werden, in seiner Bedeutung dem Antwerpener Congress 1902 nicht nachstehen wird.

A.

— **Entlastung der Anstalten durch Gewährung von Familienunterstützungen.**

Der niederösterreichische Landtag hat in seiner abgelaufenen Session u. a. folgenden Antrag des Landesausschusses zum Beschluss erhoben:

„Der Landesausschuss wird ermächtigt, auf Grund der gemachten Vorschläge die Familienunterstützung Geisteskranker in der Irrenpflege des Landes Niederösterreich einzuführen und für dieselbe Vorschriften ausarbeiten zu lassen. Die Voraussetzung für die Durchführung der Familienunterstützung ist jedoch, dass seitens der zuständigen Armenbehörden für die in der geplanten Weise zu unterstützenden unheilbaren, harmlosen, armen Geisteskranken die Hälfte der aufzuwendenden Familienunterstützungsbeträge übernommen wird.“

Aus den Vorschlägen des niederösterreichischen Landesausschusses, welcher die Ueberfüllung der Anstalten schildert und mittheilt, dass er auf Grund des Ergebnisses einer Enquete von der Einführung der Familienpflege in Wien vorläufig abgekommen sei, dieselbe jedoch im Anschlusse an die Pflegeanstalt in Ybbs in Angriff nehmen liess, sei Folgendes hier wiedergegeben:

In den Irrenanstalten des Landes Niederösterreich befindet sich eine Anzahl harmloser unheilbarer Geisteskranker, welche sich selbst nicht überlassen bleiben, in die Obhut ihrer eigenen Familien aber nicht übergeben werden können, weil es diesen letzteren an den Mitteln fehlt, sich mit der Pflege des Kranken zu beschäftigen.

Es kommt nicht selten vor, dass sich Ehegatten oder Kinder von Patienten der Irrenanstalten an die Directionen um die Entlassung der Kranken in ihre häusliche Pflege bewerben, jedoch abgewiesen werden müssen, weil die betreffenden Familien für die Sicherung des Unterhalts des Kranken keine genügende Gewähr bieten und daher die Besorgniss besteht, dass der Kranke infolge von Verwahrlosung gefährlich werden könnte.

Wenn nun die Familienunterstützung organisirt und den Anstaltsdirectionen die Befugniss eingeräumt wird, auf Grund einer gepflogenen Erhebung der Verhältnisse der betreffenden Familien denselben eine Beihilfe seitens der Anstalt zuzusprechen, sowie die Beaufsichtigung und Behandlung des Kranken durch



die Anstaltsärzte zu veranlassen, so ist sicher die Möglichkeit vorhanden, wieder eine Anzahl von Kranken aus der Anstalt wegzubringen.

Es wird diese Institution möglicherweise eine Vermehrung des Aerztepersonals der Wiener Irrenanstalt um einen Arzt nothwendig machen, doch kommt die Ausgabe, welche hierdurch erwächst, gegenüber den Vortheilen, welche die Abgabe von Kranken aus der Anstalt ermöglicht, kaum in Betracht.

Der Landesausschuss denkt sich den Vorgang, welcher bei der Durchführung der Familienunterstützung einzuhalten wäre, in der Weise, dass in jenen Fällen, in welchen seitens einer Partei die Versorgung eines unheilbaren harmlosen Familienangehörigen angestrebt oder die Entlassung eines solchen Kranken in die Pflege der eigenen Familie als wünschenswerth erachtet wird. die Anstaltsdirection unter Mitwirkung der berufenen Behörden eine genaue Erhebung der persönlichen und materiellen Verhältnisse der betreffenden Familie pflegt und auf Grund des Ergebnisses derselben den Antrag auf Familienunterstützung beim Landesausschusse einbringt.

Der Landesausschuss hätte nun mit der zuständigen Armenbehörde das Einvernehmen wegen Leistung eines Zuschusses in der halben Höhe der zu entrichtenden Familienunterstützung zu pflegen, wobei als Maximalgrenze der Belastung der Armenbehörden jener Betrag zu bestimmen wäre, welchen dieselben jeweilig für die Verpflegung unheilbarer harmloser armer Geisteskranker entrichten (dermalen 70 Heller pro Kopf und Tag).

Nach erfolgter Zustimmung der Armenbehörde und Genehmigung der Familienunterstützung seitens des Landesausschusses wäre die Unterstützung zuzuerkennen, der Kranke in die Liste der Anstaltspfleglinge als Externer aufzunehmen und ein Anstaltsarzt mit der Ueberwachung und Behandlung des Kranken zu betrauen.

Tritt in dem Zustande des Kranken eine Verschlimmerung ein, welche dessen Abgabe in eine Anstalt nothwendig erscheinen lässt, so hat der behandelnde Anstaltsarzt hiervon die Anzeige zu erstatten und ist unter Verständigung der Armenbehörde die Einberufung des Kranken in die Pflegeanstalt, beziehungsweise im Falle der Gemeingefährlichkeit in die Heilanstalt, im letzteren Falle ohne Inanspruchnahme eines Verpflegungskostenzuschusses seitens der heimatlichen Armenbehörde zu verfügen.

Da es sich vorläufig nur um die prinzipielle Frage der Einführung der Familienunterstützung handelt, genügen diese allgemeinen Vorschläge, welche im Falle der Genehmigung des bezüglichen Antrages seitens des hohen Landtages die Grundlage für die Ausarbeitung von besonderen Vorschriften zu bilden hätten.

— **Giessen.** Die psychiatrische Klinik in Giessen erhielt entsprechend ihrer Verwendung die amtliche Bezeichnung: „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten."

Referate.

— Dubuisson, Paul: Die Waarenhausdiebinnen. Autorisirte Uebersetzung aus dem Französischen. 2. Auflage. Leipzig 1904. Hermann Seemann Nachfolger. 2 M.

Verf. ist gerichtsärztlicher Sachverständiger des Seine-Tribunals in Paris und hatte als solcher Gelegenheit, die stattliche Zahl von 120 Fällen von Waarenhausdiebstahl zu begutachten, über die er in der vorliegenden Arbeit berichtet.

In der Einleitung beschäftigt er sich natürlich mit der Geschichte der Kleptomanie und weist vor allem darauf hin, dass bereits 1880 Lasègue eine Skizze über „Auslagen-Diebstähle" geschrieben hat, die auch heute noch gelesen zu werden verdient. Mit ihm betont er zutreffend die anziehende und verführerische Kraft, die in den Waarenhäusern und besonders in den modernen, mit allen Raffinement und Luxus ausgestatteten Etablissements liegt.

Bei 9 Fällen fand Verf. keine Symptome von Krankheit; vielleicht waren es Individuen, die mehr aus Furcht vor Strafe ehrlich sind und die der Verlockung des Waarenhauses nicht widerstanden. In 15 Fällen handelte es sich um eine organische Demenz; in 13 Fällen um Schwachsinn; in 9 Fällen spielten Delirien eine Rolle; 26 mal lag Neurasthenie vor und der Rest, 37 Fälle, wird der Hysterie zugewiesen, einschliesslich der Störungen, die durch die kritischen Phasen des Sexuallebens (Menstruation, Gravidität, Menopause) bedingt sind. Vielfach fanden sich mehrere der Ursachen bei einem Individuum vereinigt.

Ein letztes Kapitel bespricht die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Verf. möchte jede hysterische oder neurasthenische Frau, die zum ersten Male wegen eines Waarenhausdiebstahles verfolgt wird, für unzurechnungsfähig erklären; bei einem Rückfalle würde er aber eine Verurtheilung nicht für unzuträglich halten, falls die Möglichkeit des Strafaufschubs vorliegt; beim zweiten Rückfall wird eine ernste Prüfung nöthig sein.

Verf. plaidirt sehr für die Aufstellung von Jedem erkennbaren Aufsichtsbeamten in Waarenhäusern; so würden viele Frauen davon abstehen zu stehlen oder würden die gestohlenen Gegenstände sofort wieder zurücklegen. Dr. med. et phil. Meyer, Münster.

— Thompson, Helen Bradford: Vergleichende Psychologie der Geschlechter. Experimentelle Untersuchungen der normalen Geistesfähigkeiten bei Mann und Weib. Autorisirte Uebersetzung von D. E. Kötscher. Würzburg. A. Stuber, 1905.

Die vorliegende Arbeit ist ein Versuch, an der Hand von Untersuchungen, die im psychologischen Laboratorium der Universität Chicago vorgenommen worden sind, eine vollständige und systematische Bestätigung der psychologischen Aehnlichkeiten und Verschiedenheiten der Geschlechter durch experimentelle Methoden zu erzielen. Um gutes Vergleichsmaterial zu haben, benutzte Verf. 50 Studenten der für beide Geschlechter gemeinsamen Universität Chi-

cago. Die Versuche umfassten sieben Gruppen und zwar die motorische Fähigkeit, Haut- und Muskelempfindung, Geschmack und Geruch, Gehör und Gesicht, intellectuelle Fähigkeiten und Affecte. Bei jeder Gruppe werden die angewandten Apparate und Methode angegeben, sowie die einzelnen Versuche mitgetheilt; die Resultate sind, soweit das möglich ist, in Kurven graphisch dargestellt. Sehr dankenswerth ist, dass Verf. am Schlusse eines jeden Kapitels die von ihm ermittelten Resultate mit denen anderer Autoren vergleicht.

Hier sei nur das Wichtigste von den Ergebnissen der sehr zahlreichen Versuche — die Untersuchung jeder einzelnen Person dauerte 15—20 Stunden — wiedergegeben. Die motorische Fähigkeit ist in fast allen ihren Variationen beim Manne besser entwickelt; ausgenommen ist die Bildung einer neuen Coordination. Hinsichtlich der Sensibilität ist die Frau im Allgemeinen bevorzugt. Die Frauen übertreffen das andere Geschlecht hinsichtlich des Gedächtnisses, wahrscheinlich auch des associativen Denkens, aber anscheinend ist die männliche Urtheilskraft grösser. Es besteht kein Unterschied, was das allgemeine Wissen und die geistigen Interessen angeht. Es besteht kein Unterschied bezüglich des Grades des Beherrschtwerden von Gemüthsbewegungen. Die Geschlechtsunterschiede sind zum grössten Theil auf die Einwirkung des Milieu zurückzuführen, auf die verschiedenen Einflüsse, die von Kind an bis ins Alter auf das Individuum einwirken. Schultze.

Bibliographie
über Kriminal-Anthoprologie und Verwandtes.
IV. Quartal 1904.

Von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

(Fortsetzung:)

Francis Dixon: On certain markings, due to nerves and blood-vessels, upon the cranian vault etc Journal of anat. and physiol. 1904.

Giuffrida-Ruggeri: Le ossi ficazioni di spazi suturali e i parietali divisi. Monit. zool. ital. 1904.

Toldt: Die Quertheilung des Jochbeines u. andere Varietäten desselben. Sitzungsber. d. K. Akad. der Wiss. zu Wien. 1903.

Walkhoff: Die menschliche Sprache in ihrer Bedeutung für die functionelle Gestalt des Unterkieters. Anat. Anz. 1903.

Weidenreich: Die Bildung des Kinnes und seine angebliche Beziehung zur Sprache. Ibid 1904.

Walkhoff: Beitrag zur Lehre der menschlichen Kinnbildung. Ibid. 1904, pag. 147.

Fischer: Nochmals Walkhoffs Lehre von der Kinnbildung. Ibid., pag. 286.

Weidenreich: Zur Kinnbildung des Menschen Ibid., pag. 314.

Adacki: Ueber die Knöchelchen in der Symphyse des Unterkiefers. Zeitschr. f. Morph. u. Anthrop. 1904, pag. 369.

Bolk: Beziehungen zwischen Hirnvolumen u. Schädelkapacität etc. Petrus Camper. 1904.

Bauer: Beiträge zur anthropologischen Untersuchung des harten Gaumens. Archiv f. Anthrop. 1904, pag. 159.

Harris Hawthorne Wilder: Racial differences in palm and sole configuration. Amer. Anthrop. 1904, pag. 214.

Levi: Beitrag zur Casuistik der Halsrippen. Neurol. Centralbl. 1904, Nr. 21.

Tarnowsky: Mouvement de la criminalité dans les différentes régions de la France en 1871—1901. Archives d'anthrop. crimin. 1904, 15. Nov.

Minovici: Nouveaux procédés de photographie des cadavres. Ibid.

Hervé: Médecine légale et médecins légistes. Ibid.

Statistica: degli scoperi etc. Roma. 1904. Ministerio di Agricultura etc.

Bridges: L'altruisme. La Revue Occidentale 1904. Nr. 4.

Bridges: La sociologie chez Comte et chez Spencer, Ibid. Nr. 5.

Grimanelli: Morale personnelle. Ibid. Nr. 6.

Rau: Franz Grillparzer u. sein Liebesleben. Berlin, Barsdorf, 1904. 3 Mk.

Marendon de Montyel: Obsession et vie sexuelle. Archives de Neurologie 1904, Oct.

Thomas: The province of social psychology. The Psycholog. Bulletin 1904, Oct.

Ceni: Influenza dell' alcoolismo sul potere di procreare e sui discendenti. Rivista Spermincutale de Freniatria. 1904, Sept.

Chérie-Lignière: Un caso di persistenza del ventricolo di Verga etc. Ibid.

Rawitz: Das Problem der geistigen Auslese. Polit. Anthropol. Revue 1904, Nr. 9.

Schrickert: Homosexualität u. Strafrecht. Ibid.

Kiernau: Insane suicide, insane homicide, or murder which? The Alienist and Neurologist 1904 Nr. 4,

Kiernau: Mixoscopic adolescent survivals in art, literature, and pseudo-ethics. Ibid.

(Schluss folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in [illegible]
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 26. 23. September. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Chronische Demenzformen mit vorhergehenden psychomotorischen Störungen.

Von Director Dr. med. *v. Oláh*, Angyalföld, Budapest.

Die in verjüngter Form immer wiederkehrende Neigung, der Classifikation der Psychosen eine exact-wissenschaftliche Grundlage zu geben, andererseits die Erfahrung, dass die bestumschriebensten Psychosen doch nur aus psychischen Symptomencomplexen bestehen, bringt es mit sich, dass in der psychiatrischen Terminologie gleichzeitig zweierlei Tendenzen zur Geltung kommen, die mit einander nicht recht vereinbar sind.

Wohl kennen wir die pathologischen Veränderungen, welche mit gewissen, besonders durch psychomotorische Störungen gekennzeichneter Psychosen einhergehen, ohne jedoch sagen zu können, dass der pathologisch-histologische Befund das anatomische Substrat jener Krankheit bildet. Versuchten wir nach diesen Befunden zu klassifiziren, so kämen wir aus der Formel nicht hinaus: „Die gegebene anatomische Veränderung bedingt die verschiedensten psychischen Störungen."

Vor zwanzig Jahren sagten wir mit Vorliebe: „Es sind alle Symptome einer Periencephalitis chronica diffusa vorhanden", hätten aber aus dieser Hirnerkrankung gewiss nicht die Dementia paralytica diagnosticiren gekonnt, wenn uns die klinisch wohlbekannte Persönlichkeit des Paralytikers nicht begrüsst hätte.

In neuerer Zeit werden uns auffallend oft geistige Verfallsformen aus dem höheren Lebensalter mit der Diagnose „Psychosis arteriosclerotica" zugesandt. Bei allgemein fortschreitender geistiger Verödung zeigen diese Formen psychomotorische Ausfallerscheinungen, bisweilen Stimmungssteigerungen bis zur Amönomanie, zumeist auch hallucinatorische Zustände.

Gewiss ist es als Fortschritt zu betrachten, dass sich in diese Formen nicht, wie noch vor kurzem, die Dementia senilis und die progressive Paralyse brüderlich theilen. Die Fälle gehören in der That weder zur senilen Demenz noch zur Dementia paralytica, ob aber die arteriosclerotische Psychose als klinischer Begriff betrachtet werden kann, bleibt auch dann noch fraglich, wenn die Arteriosclerose, respective die mit derselben einhergehende perivasculäre Degeneration der Zellen (Unterernährung einzelner Rindenbezirke) thatsächlich als anatomisches Corrolarium der Erkrankungsform erkannt wird, abgesehen auch noch davon, dass die Benennung arteriosclerotische Psychose irreführend ist, da ja die Arteriosclerose als solche keine psychotischen Erscheinungen bedingt, selbst in den schwersten Fällen nicht und da eigenthümlicher Weise gerade jene Formen mit arteriosclerotischem Habitus, ausgebreiteter Verkalkung der Arterien zu der in Rede stehenden Krankheit nicht zu disponiren scheinen.

Kraepelin sagt sehr richtig: Arteriosclerose kann die verschiedensten psychotischen Zustandsbilder bedingen. Aber mit dieser Thatsache ist die Sache für die klinische Forschung nicht abgethan, suchen wir doch nicht zu einer gegebenen Hirnerkrankung entsprechende psychotische Erscheinungen, sondern umgekehrt zu einem klinisch individualisirten Symptomencomplex eine (für die psychischen Symptome bisher stets dürftige) anatomische Interpretation. Wichtig für die klinische Forschung ist lediglich, ob sich unter den in Rede stehenden Formen eine Gemeinsamkeit gewisser Symptome auffinden lässt, welche uns berechtigt, diese Zustände als selbständige Krankheitsform zu betrachten. Ob es dann heisst Psychosis arteriosclerotica oder sonstwie, scheint mir vom klinischen Standpunkt nebensächlich.

Diese Frage kann nur durch das vergleichende Aneinanderhalten von hiehergehörigen Krankengeschichten gefördert werden.

Im Folgenden beschränke ich mich vorläufig auf die trockene Mittheilung einer Krankengeschichte, die



leider eine Leuchte der medicinischen Wissenschaft betrifft und die ich mit Genehmigung der Angehörigen veröffentliche.

Voranschicken möchte ich noch, dass aus den einschlägigen Fällen, die ich zu beobachten Gelegenheit hatte, folgende Symptome als am meisten vorspringende und constante fixirbar erscheinen.

Die erste, noch in's Alter der grössten Leistungsfähigkeit fallende, eventuell schon von Jugend an habituell vorhandene Erscheinung ist eine gewisse functionelle Schwäche einzelner motorischer Zonen, die von den betreffenden als solche stets objectivirt und peinlich empfunden wird; isolirt auftretende Erlahmungen, ein „Imstichelassen" der Redegewandheit, eine leichte aphatische Verschleierung der motorischen Bilder (mit nachhinkender Empfindung falsch ausgesprochener oder niedergeschriebener Worte), besonders nach körperlichen Anstrengungen, nach Alkoholgenuss oder an unmotivirbar „schlechten Tagen".

Ein weiteres konstantes Symptom ist eine an Neurasthenie erinnernde vasomotorische Reflexerregbarkeit, die jene Symptome in gewissen Situationen noch deutlicher hervorspringen lässt. In den fünfziger Lebensjahren treten Ausfallerscheinungen im socialen Benehmen auf und zwar — ein wichtiges Unterscheidungszeichen von der paralytischen Demenz — functionell, vorübergehend. Während bei der Paralyse die Defecte des socialen Gefühles mit irreparabalen Symptomen einsetzen, zeigen sich hier erst Mahnungen, Vorläufer, die auftauchen und wieder verschwinden. Dauernde Spuren treten später auf. Die Kranken können gesellschaftlich nicht mehr als vollwerthig betrachtet werden, sind „nicht mehr die Alten". Aber immer noch kommen bessere Monate, selbst Jahre dazwischen. Selbst die körperlichen Zeichen eines Senium präcox treten schubweise auf, um dann jahrelang stationär zu bleiben. Früher oder später kommt es zu einem Stimmungswechsel mit hypomanischer Unruhe, Unternehmungslust, Schlaflosigkeit. Auch dieser Zustand ist vorübergehend, überhaupt macht der ganze Krankheitsverlauf den Eindruck von Attaquen mit Erholungstendenz. Leichte Verschleierungen einzelner motorischer Bezirke treten auf: Unbeholfenheit einer Extremität, unsicherer Gang. Die Patienten machen leicht Fehltritte, können dabei stürzen. Aphathische, agraphische Symptome sind stets vorhanden, wohl auch Dysarthrie der Sprache, die jedoch an jene der Paralytiker nicht erinnert. Reaction der Pupillen ist stets gut. Kniephänomen zeigt nichts abnormes.

Die Patienten bringen immer mehr Zeit auf Urlaub zu, werden rechte Sanatoriuminsassen mit ihren Klagen, Selbstbeobachtungen und mit ihrer Genügsamkeit an der Gesellschaft, die sich ihnen im Sanatorium anschliesst. In dem nunmehr rapiden Verfall kommen vorübergehend noch Stimmungsveränderungen vor, weinerliches Heimweh oder, im Gegentheil, ein euphoristisches Aufflackern der Lebenslust eventuell mit erotischem Anstrich. Dann aber geht es rasch abwärts; es zeigt sich Unreinlichkeit, Neigung zu Decubitus. Der Tod erfolgt meist nach noch lange nicht erwarteter plötzlicher Verschlimmerung der Symptome unter dem Zeichen einer hypostatischen Pneumonie. Tod durch Apoplexie habe ich nicht beobachtet.

Der Fall, den ich mittheile, ist insofern und scheinbar atypisch als in Folge hereditärer Belastung psychotische Symptome fremdartiger Färbung mit auf der Bildfläche sind, die jedoch durch ihre Kenntlichkeit von der in Rede stehenden Erkrankung im ganzen Verlauf leicht auseinander zu halten sind.

Der Verlauf ward Folgender.

V. Sch., Univ.-Prof., erblich belastet. Vater Potator. Ein hochbegabter Bruder (Architect) machte im 45. Lebensalter eine acute Psychose — hallucinatorische Verwirrtheit — durch. Er selbst war ausserhalb der Universitätskreise vornehm-verschlossenen Charakters, seinen Hörern gegenüber leutselig, mit den Berufsgenossen collegial. Bis zum 51. Jahr vollkommen gesund, zeigte er um diese Zeit eine Charakter- und Stimmungsveränderung, wurde sehr redselig, sprach — ganz gegen sein bisheriges Wesen — über die Bedeutung seiner Auszeichnungen, erklärte einer zufällig im Hause anwesenden Näherin, dass ihm als derzeitigem Rector magnificus eigentlich der Titel „Hochgeboren" zukomme, wurde immer unruhiger und geschäftiger, hatte dabei Krankheitsgefühl, beklagte sich über sporadisch auftretendes Doppelsehen. Konstatirt wurden gesteigerte Sehnenreflexe, leichte Parese der rechten oberen Extremität. Spuren von Aphasie und eine leichte dysarthrische Störung der Sprache. Nebenbei wird bemerkt, dass in diesem Falle Lues mit Sicherheit auszuschliessen war.

Während noch darüber berathen wurde, was zu machen sei — der Fall wurde als beginnende Paralyse diagnosticirt — stellte sich eine hallucinatorische Verwirrtheit ein mit Verfolgungsdelirien. Patient verstopfte Schlüssellöcher und Spalten in Thür und Fenster mit Watte und rollte ein gewaltiges Möbelstück vor die Thür (Offenbar Nuancirung der Krankheit durch hereditäre Momente). Nach einigen Tagen motivirte er seine Defensivmassregeln damit, dass er einen Vergiftungswahn hatte, sich vor schädlichen Gasen schützen wollte, folgte willig dem Rath, eine Irrenanstalt aufzusuchen. Auf dem Wege dahin waren wieder die an Paralyse erinnernden Symptome im Vordergrund. Patient war euphoristisch erregt, heiter, als gält es eine Vergnügungsreise, zog geräuschvoll in die Anstalt ein und installirte sich daselbst mit lautem Behagen. In der Anstalt blieb er während



seines ganzen Aufenthaltes social; speiste am gemeinsamen Tisch, machte Ausflüge, zeigte aber rasche Ermüdbarkeit und eine gewisse Unbeholfenheit in den Bewegungen, besonders auffallend beim Essen und Kartenspiel. Die Handschrift war verändert, Briefe zeigten viele Fehler und Correktionen. Wahnideen oder Hallucinationen wurden seitens der Anstalt nicht aufgezeichnet und Patient wurde ohne Bedenken als Paralytiker betrachtet. Gelegentlich eines Besuches nahm ich Patienten auf einen Tag aus der Anstalt, hatte aber viel Mühe, denselben glücklich wieder zurückzubringen. Patient, mit dem ich eine Ausstellung besuchte, knüpfte mit jeder Verkäuferin ein Gespräch an, machte unpassende Witze, war jeden Augenblick geneigt zu speisen, und vergass stets Plan und Zeiteintheilung.

Eine wahnhafte Deutung der Erscheinungen beobachtete ich in der Anstalt nur einmal, als mich Patient gelegentlich eines Besuches aufforderte, ich möchte auf den eigenthümlichen Klang horchen, welchen der eine Messingleuchter giebt, wenn man abgebröckeltes Stearin auf denselben fallen lässt.

Nach einigen Monaten verlangte Patient nach Hause und wurde er nach kaum einem Jahr in häusliche Pflege übernommen. Sein Zustand besserte sich rasch, alsbald trat völlige Remission ein. Und nun verstrichen 9 Jahre, in welchen Professor Sch. seine trefflichsten Werke leistete, ohne eine Spur irgend welcher geistigen Störung, die höchsten Würden erreichte, die in seinem Beruf überhaupt möglich sind und einen grossen Kreis von Verehrern und Bewunderern hatte. Er war höchstens weniger verschlossen, hatte mehr Sinn für Humor und gemüthlicher Behaglichkeit des Lebens als vor seiner Erkrankung.

Von psychiatrischer Seite war der Fall retrospectiv viel besprochen, die Diagnose auf Paralyse natürlich fallen gelassen und die durchgemachte Psychose als Cocainintoxication angesehen. (Patient hat zu jener Zeit thatsächlich Einpinselungen der Nasenschleimhaut mit Cocain angewendet.)

Nach neun Jahren, also im 60. Lebensjahre, erkrankte der Professor unter ähnlichen Symptomen. Rasche Abnahme des Sinnes für sociale Rücksichten, Euphorie und motorische Störungen, welche anfangs nur bei den feinsten Innervationen (Augenoperationen) bemerkbar sind, ferner öfter auftretende, jedoch nur minutenlang dauernde, linksseitige Facialisparese mit lallender Sprache. Patient geht in den ersten Tagen einer tiefen Familientrauer in öffentliche Belustigungsorte. Seine Tochter erkrankt an manisch-depressivem Irresein und er vermeidet es geflissentlich, sich nach derselben zu erkundigen; wird erotisch, unternehmend, macht seine Ferienreise, schreibt sehr zufriedene Briefe, ohne nach seiner Tochter zu fragen, zeigt eine gewisse Unruhe, macht ganz planlos übergrosse Fusstouren, so dass sein junger Begleiter es kaum mehr aushält. Dabei Schlaflosigkeit. Zurückgekehrt beklagt er sich über „stereognostische Unsicherheit" der rechten Hand. Gang unsicher, etwas spastisch, statisches Gefühl gestört, deutliche Spuren von Paralexie, Sprache dysarthrisch gestört, doch nicht in für Paralyse bezeichnender Weise, Schrift verändert. Pupillen prompt reagirend. Krankheitsgefühl mit fortwährenden „methodischen Uebungen" und Demonstrirungen des Ganges und der Bewegung. Bei Erwähnung einer Anstaltsbehandlung bringt er selbst jene Privatirrenanstalt in Vorschlag, wo er vor 9 Jahren war.

Auf der Reise dahin ähnliches Benehmen wie das erste Mal. Patient untersucht wiederholt die Bewegungsfähigkeit seines rechten Armes, macht Uebungsbewegungen wie mit Hanteln. Stimmung heiter. Auffällige Unorientirtheit auf der ihm wohlbekannten Strecke Budapest-Wien. Beim Ein- und Aussteigen sehr unbeholfen. Der Einzug in die Anstalt gestaltet sich wie vor 9 Jahren. Patient correspondirt alsbald mit aller Welt. Briefe und Postkarten wimmeln von Fehlern und Correktionen. Nach einigen Monaten — da sich Patient als relativ social erwies — Ueberführung in eine offene Anstalt. Hier Verschlimmerung der motorischen Störungen. Patient macht nur mit Mühe kurze Spaziergänge: einmal mehrere Tage lang vollständiges Unvermögen zu gehen. Im Winter theils zu Hause, bei relativem Wohlbefinden, theils an der Riviera. Die motorischen Störungen wechseln an Intensität. Gute und schlechte Tage. Gang: breitspuriger Hackengang. Es kommt vor, dass sich Patient beim Platznehmen so setzt, dass er dabei das Gleichgewicht verliert, vom Sessel fällt, und ohne Hilfe nicht aufstehen kann. Oefters klagte der Professor über bewusste Verwirrtheit und hatte Furcht, dieselbe zu verrathen. So sagte er z. B. zu seinem Begleiter (im Hôtel) „Jetzt weiss ich nicht, wo ich die Gabel hinlegen soll" und legte sie richtig auf ein Trinkglas. Dynamometrische Kraft — trotz Unbeholfenheit des rechten Armes — auf beiden Seiten gleich. An der Riviera beklagt er sich über mannigfache Sensationen, Parästhesien und Paresen. Letztere erscheinen theilweise functionell, corrigibel, verschlimmern sich jedoch; besonders das Unvermögen zu gehen wird vollkommen. Grosse Niedergeschlagenheit über die eigene Unbeholfenheit und „was aus all dem werden wird". Der Professor sieht sein nahes Ende voraus, bespricht alle seine privaten Angelegenheiten. Patient wird öfter unrein, kann ohne Hilfe nicht essen, beschmutzt sein Bett. Der Fall wurde von dem dortigen Arzt als Hysteria virilis diagnosticirt. Eines Tages passirt Patient das Bahngeleise, bekommt, wie er sich nachträglich ausdrückte, eine „Aura", fällt oder kauert sich auf den Boden, schleppt sich auf allen Vieren vom Geleise weg und bleibt liegen, bis Hilfe kam. Bald darauf Rückreise nach Budapest.

Auf dem Wege plötzlich collapsartige Somnolenz und Todesangst, dass ärztliche Hilfe herbeigerufen werden musste. Rasche spontane Erholung. Zu Hause sehr erschöpft angelangt, zeigte der Professor folgenden Zustand: Gesicht etwas congestionirt. Sprache frei. Schweres Krankheitsgefühl mit einem Drang über seinen Zustand zu sprechen. Er schildert mit Interesse seine Sensationen und visuellen Illusionen, sagt z. B. jetzt komme es ihm vor als senkte sich der Schädel des untersuchenden Arztes an einer Stelle trichterförmig ein, dann wieder, als ob sich der Handgriff der electrischen Beleuchtung wie im Wirbel drehen würde. Puls voll, ruhig, Allgemeinbefinden



gut bis auf die motorischen Störungen, die völlige Unfähigkeit ohne Hilfe zu gehen, Unbeholfenheit beider, namentlich der rechten oberen Extremität. Pupillen prompt reagirend. Sehnenreflexe normal. Herztöne rein. Am nächsten Tage liegt Patient mit geschlossenen Augen, macht auf eindringliches Befragen mit der rechten Hand eine abwinkende Bewegung, presst die Lippen zusammen, verweigert die Nahrungsaufnahme. Am nächsten Tag derselbe Zustand. Abstinenz seit 48 Stunden. Gegen Mittag plötzlich Temperaturerhöhung, bald darauf Athembeschwerden, Eintritt der Agonie. Patient stirbt Abends 8 Uhr unter Erscheinungen von Lungenhypostase.

Epikrise.

Dass es sich in Fällen wie der besprochene nicht um progressive Paralyse handelt, braucht nicht hervorgehoben zu werden. Dagegen sprechen das Inkonstante der motorischen Störungen, die gut erhaltene Pupillenreaction und das ganze psychische Bild. Ob aber solche Fälle zur Annahme einer Psychosis arteriosclerotica berechtigen, selbst wenn das klinisch-psychische Bild mit einer Erkrankung der feineren Gefässe einhergeht, scheint noch sehr fraglich.

Während bei den Krankheiten des centralen Nervensystems im engeren Sinne der anatomische Befund die Krankheit nicht nur erklärt, sondern dessen Wesen bildet, genügt in Psychiatricis die anatomische Läsion noch nicht zur Diagnose und Benennung eines als klinische Einheit betrachteten Symptomencomplexes und ist der histologische Befund stets nur ein armseliges Corrolarium der Geisteskrankheit.

Noch einmal „Unsere Anstaltsberichte".

Von Dr. *Starlinger*, Direktor der Kaiser Franz-Josefs-Landesheil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling, Niederösterreich.

Im Jahrgange 1900 dieser Zeitschrift hat der Unterfertigte zum erstenmale diese Angelegenheit aufgenommen. Obwohl es nur wenige Zeilen damals waren, so sind sie dennoch nicht unverhallt geblieben. Es hat hierzu Fischer in Illenau in Nr. 18 Jahrgang 1901 der Wochenschrift das Wort ergriffen und die Frage auch auf den Inhalt ausgedehnt. Weiter wurde von der Redaction dieser Zeitschrift in dankenswerther Weise dieses Thema zum Gegenstande einer Sammelfrage gemacht, wodurch eine Reihe von Beantwortungen hervorragender Fachkollegen erfolgte. Endlich hat Siemens in Lauenburg Form und Inhalt der Anstaltsberichte zum Gegenstande eines Vortrages genommen, den er in einer Sitzung des norddeutschen psychiatrischen Vereines zu Treptow an der Rega gehalten hat.

Das Ergebniss aller dieser genannten Untersuchungen war bezüglich der Form der Anstaltsberichte in theoretischer Hinsicht ein durchweg zustimmendes und das Bedürfniss ein anerkanntes. Bedenken allein richteten sich nur auf die administrative Durchführung dieser Neuerung. Auch der Vorschlag Fischers bezüglich des Inhaltes der Jahresberichte wurde im Ganzen und Grossen in derselben Weise aufgenommen. Das practische Ergebniss jedoch war fast Null. Die Frage ist wieder vollständig eingerostet.

Ein so allseits anerkanntes Bedürfniss soll man meines Erachtens nicht so ohne weiteres begraben lassen und diese Erwägung gab mir den Muth, die Angelegenheit nochmals aufzuwerfen.

Vorausschicken will ich noch: Ich verhehlte mir gleich von Anfang an nicht die Schwierigkeiten, die einer Reform der Jahresberichte entgegenständen; das weite Gebiet der tangierten Interessen, die vielen lokalen Sonderheiten, das Althergebrachte auf diesem Gebiete boten Bedenken genug.

Ich stellte mir auch gar nicht vor, dass meine damaligen Zeilen schon im Stande sein würden, gleich das Eis zu brechen, das so jahrzehntelang ruhig gelagert war. Ich wollte nur sachte anklopfen, ob und wie denn in der Sache gedacht wird, und griff mit Absicht nur einen Punkt, nämlich die Form der Anstaltsberichte heraus zur Direktive. Das Experiment ist auch trefflich gelungen. Ein ärztlich so ziemlich allgemein anerkanntes Bedürfniss ist von den administrativen Bedenken erstickt worden. Das ist nicht neu, und manches von dem, was heute gepriesen wird, hat anfangs dasselbe Schicksal erfahren. Ich will daher noch einmal in der vollen Ueberzeugung der Nothwendigkeit einer Reform der Jahresberichte das Wort ergreifen und sei es auch auf die Gefahr hin, nochmals einen negativen Erfolg zu erreichen.

Wenn ich in meiner damaligen Anregung vom Jahre 1900 nur die Form allein als reformbedürftig hingestellt habe, so geschah es nur, wie gesagt, zu dem Zwecke, um mich zu vergewissern, was sich auf diesem Gebiete überhaupt erreichen liesse.

Ziel und Streben war damit nicht erschöpft. Auch ich hatte damals schon die Absicht, den Inhalt dieser Jahresberichte anzugehen, den Fischer in so ausführ-



licher Weise aufgenommen hat. Ich füchtete damals nur den Mangel an nothwendiger Uebereinstimmung, um mehrere Fragen auf einmal zu lösen und ein allgemeines Schema für die Jahresberichte zum Durchbruch zu bringen. Nachdem aber bezüglich der Form der Jahresberichte theoretisch nach den bisherigen Ergebnissen eine Einigung zu herrschen scheint, wage ich, auch den Inhalt einem Versuche zu unterziehen, vielleicht mit mehr practischem Erfolge als im ersten Falle, weil hier die administrative Seite weniger berührt erscheint. Ich stimme der Fischer'schen Idee, den Inhalt der Jahresberichte im allgemeinen zu vereinheitlichen, vollständig bei, und es würde manchen Vorzug bedeuten, wenn jeder Jahresbericht des deutschen Sprachgebietes Punkt für Punkt dieselbe Reihenfolge zeigen möchte. Wollte man sich dann in irgend einer Frage orientieren, würde man sich leicht und bequem sichern Rath erholen können. Aber je mehr man verlangt, je mehr Fragen zur Beantwortung vorgelegt werden, desto oberflächlicher werden die meisten behandelt. Meinen Vorschlag, den ich damals schon im Sinne hatte, hat Siemens in Lauenburg in seinem Vortrage schon hervorgehoben und angegeben, dass schon vor 25 Jahren Cramer in Marburg denselben ausgesprochen hat. Derselbe heisst: „dass man Einzelfragen statistisch und klinisch zu entscheiden suchen solle und solche Fragen alljährlich auf der Jahresversammlung des Vereines der deutschen Irrenärzte festgestellt werden mögen und alle deutschen Anstalten müssen sich an der Arbeit betheiligen".

Ich möchte mir nur hinzuzufügen erlauben, dass nicht bloss vom klinischen Standpunkte aus und soweit es rein ärztliche Fragen betrifft, solche Themata aufgestellt werden möchten, sondern dass gerade Anstaltsfragen, Fragen der administrativen Thätigkeit, wie sie die Zeit jeweils gebiert, hier in Betracht gezogen werden mögen. Die klinische und wissenschaftliche Seite der Psychiatrie hat in den vorhandenen Zeitschriften reichliche Gelegenheit sich der Oeffentlichkeit mitzutheilen. Anders die reine praktische Anstaltsthätigkeit. Man hat erstens nicht so recht den Muth, mit ihnen das sogenannte öffentliche Forum zu betreten und dann auch oft nicht die Zeit, dieselbe so abzurunden und in extenso zu gestalten, wie eine einzelne Veröffentlichung es erfordert. Das alles fällt im Rahmen eines Anstaltsberichtes weg, hier bedarf es keiner eigenen Aufsätze mit Anfang, Mitte und Ende und es beschwert auch die Anstaltsarbeit nicht sonderlich mehr, wenn dem einen oder anderen Punkt gerade mehr Aufmerksamkeit gegönnt wird.

Die Anstaltsberichte sollten und könnten geradezu ein Handbuch für alle Anstaltsleiter werden, wenn sie in diesem Sinne gehandhabt werden könnten. Aber unsere heutigen Berichte, oder wenigstens ein grosser Teil derselben muss mit Rücksicht auf den sonstigen Ernst der schriftstellerischen Wissenschaft in der That überraschen. Erst jüngst wurde wieder auf die Komik dei Anstaltsberichte und nicht mit Unrecht hingewiesen, die nicht bloss im administrativen, sondern auch auf ärztlichem Gebiete ihr Unwesen treibt. Was auf dem reinen Verwaltungsgebiete an Erdäpfeln, Kohle etc. kilo- oder stückweise jährlich wiederkehrt, findet auf der ärztlichen Seite eine analoge Fortsetzung. Immer und immer wieder kehrt in den Statistiken die Sichtung der Erkrankungen, nach Jahreszeit, Religion, Alter, Zivilstand. Man sollte glauben, dass die Wissenschaft schon endlich darüber im Klaren sein könnte, ob im Frühjahr mehr Personen erkranken als im Herbst, oder mehr Protestanten, oder Katholiken oder Juden der Geistesstörung unterliegen, oder welches Alter endlich mehr disponiert zur Erkrankung etc. Zur Beantwortung alles dieses liegen 1000 verlässliche Statistiken vor. Diese Fragen könnte man ohne Verlust vielleicht für ein halbes Jahrhundert ausschalten und dafür andere Punkte einschieben, die eine tiefere Bedeutung haben und für die meines Erachtens auf keinem anderen Wege eine bessere Basis geschaffen werden könnte als durch Einstellung dieser Fragen in die Anstaltsberichte. — Wenn die Hunderte von Anstaltsleitern verpflichtet würden, nur über diese oder jene Frage in ihrem Berichte eine statistische Rubrik einzuschalten, so wird jedenfalls damit mehr erreicht, als wenn Jahr für Jahr dasselbe Schema ausschliesslich beobachtet wird.

Noch weit wichtiger und fruchtbarer wären aber die reinen Anstaltsfragen. Ich meine beispielsweise hier die Zellenfrage, die Bäderfrage, die Frage der Beschäftigung, die Behandlung der Imbecillen, die Pflegerfrage, die Nachtwachen und dergleichen. Hier würden hundert eigene Anschauungen und Erfahrungen eine so verlässliche Fundgrube darstellen, wie kaum eine zweite ihrer Art bestände.

Aber auch die reine Administration käme auf ihre Rechnung. Nehmen wir nur einmal an, es würden alle Anstalten über ihre Fussböden berichten, oder über Kleider; Wäschereinigung oder dergleichen. Ich bin überzeugt, kein Leser würde ein solches Sammelreferat ohne Nutzen durchblättern. Und gerade von den Aerzten dürfen derlei rein practische Gebiete nicht vernachlässigt werden, wollen sie auch auf dem rein administrativen Boden Posto fassen. So wie man von keiner Reise ohne Ergebniss zurückkehrt, so



würde auch eine Reise durch die Anstaltsberichte nicht ohne Nutzen geschehen.

Nutzen und Vortheil der Vereinfachung der Form, der Jahresberichte, sowie der Beantwortung von Einzelfragen liesse sich ja noch in vielerlei anderer Art bezeugen, aber ich glaube, dass jeder Einzelne wohl in der Lage ist, sich das genauer auszumalen.

Eine Reform aber, die nach so vielen Seiten hin eine Verbesserung bedeuten würde, sollte schon deshalb und um ihrer selbst willen möchte man meinen, mit allen Mitteln angegangen werden.

Mit nichten! Der einfache Hinweis, dass diese Berichte Theile der offiziellen Verwaltungsberichte sind, daher unabänderlich, genügt schon die Frage fallen zu lassen.

Aber eine andere Ueberlegung könnte vielleicht einen Ausweg schaffen. Wie wäre es, wenn die betreffenden Anstaltsberichte extra gedruckt und verlegt würden? Was würde das wieder kosten? Nicht mehr als den Drucksatz, denn Papier und Druckereiauslagen blieben dieselben. Diese Summe wäre sicherlich nicht erdrückend*) und als eine wirkliche Erweiterung der ärztlichen Hilfsmittel und als eine Fundgrube für administrative Erfahrungen und Neuerungen zu betrachten, wenn die Anstaltsberichte in dem vorgeschlagenen Sinne modernisiert würden.

Das deutsche Anstaltswesen, das für die ganze Welt mustergiltig und hervorragend geworden ist, erheischt meines Erachtens nothgedrungen eine würdige Ausgabe ihrer Berichte.

*) Nach unseren Erkundigungen würde eine Umsetzung auf ein besseres Format nur eine Erhöhung um 50% der früheren Kosten bedingen.

Auch ist es wenig erhebend, dass auf diesem Gebiete noch der alte Particularismus fortbesteht. Es wird sich keine Anstalt etwas vergeben, wenn es einem grossen, würdigen Ganzen zu Liebe auf einzelne Eigenheiten Verzicht leisten würde. Wenn man die stattlichen Berichte Englands oder des Seine-Departements sich vor Augen hält, kann man kaum das kränkende Gefühl zurückdrängen, dass wir da unnöthigerweise zurückstehen müssen.

Trotz der wenig ermuthigenden bisherigen Erfahrungen meine ich dennoch, soll man die Angelegenheit nicht einschlafen lassen; ich halte diese Frage für würdig, an einer der nächsten Psychiater-Versammlungen besprochen zu werden, wenn nicht der Verein zum Austausch der Jahresberichte selbst die Angelegenheit in die Hand nehmen kann.

Wenn ich darauf hin einen Antrag erörtern dürfte, so möchte ich denselben im Anschlusse an Siemens in folgender Weise formulieren:

Unsere Anstaltsberichte alten Stiles sind reformbedürftig; sie entsprechen in der weitaus grössten Zahl nicht mehr dem hohen Stande unseres Anstaltswesens.

Diese Reform umfasse Form und Inhalt derselben.

In ersterer Hinsicht wäre eine einheitliche Grösse des Formates wenigstens sehr wünschenswerth und was den Inhalt anlangt, so wäre auch da eine grössere Uebereinstimmung anzubahnen.

Insolange aber eine solche nicht zu erzielen ist, sollte der Werth der Anstaltsberichte dadurch wesentlich gehoben werden, dass alljährlich die eine oder andere praktische Anstaltsangelegenheit, die von einem competenten Forum zu bestimmen ist, gemeinsam eingehender behandelt wird.

Mittheilungen.

— Die zuständigen Herren Collegen würden gewiss allseitigen Dank ernten, wenn sie an dieser Stelle über die nachfolgende Notiz des Berl. Lokal-Anzeigers vom 14. 9. 05, eine authentische Mittheilung einsenden wollten: **„Von der Teufelsbeschwörung in Nägelstädt.** Nachdem die polizeiliche Untersuchung in der kürzlich berichteten Nägelstedter Teufelsbeschwörungsangelegenheit in vollem Umfange aufgenommen ist, wurden nach den Ergebnissen der bisher vorgenommenen Haussuchungen fünf Personen verhaftet, und zwar Frau D., die Hauptbeschwörerin, deren Mann, der Handelsmann D., beider Schwiegersohn, der Handelsmann H., und die 2 Gebrüder B., sämmtlich aus Langensalza. Alle fünf versuchten im Untersuchungsgefängniss die „Wilden“ zu spielen. Sie kamen in irrenärztliche Untersuchung und wurden für Simulanten erklärt. Ueber die umfangreiche Thätigkeit dieser Teufelsbeschwörer werden nun allgemach recht erbauliche Geschichten zutage gefördert. Die Schwindlerfamilie treibt ihr Unwesen mit den V.'schen Eheleuten in Nägelstedt seit sechs Jahren. Während dieser Zeit haben diese rund 86,000 M. für die Beschwörung des Teufels bezahlen müssen. Die bedauernswerthen Leute wurden dadurch finanziell völlig ruinirt, da sie wiederholt gezwungen waren Kapital leihweise aufzunehmen, das unvermindert in die Hände der Schwindler gelangte. Es hat sich nunmehr bei der Polizei eine grosse Anzahl von Betrogenen gemeldet, denen durch die Zauberkraft der „weisen Frau“ D. Geld abgelockt wurde.“

— **München.** Die alte Kreisirrenanstalt, die am

1. November 1859 eröffnet wurde, steht jetzt verwaist, nachdem deren Insassen in die neue Kreisirrenanstalt in Eglfing übergeführt wurden. Da eine anderweitige Verwendung dieses ausgedehnten Gebäudekomplexes vorerst nicht beabsichtigt, eine vortheilhafte Veräusserung des Areals zu Bauzwecken gegenwärtig nicht möglich ist, werden die Räumlichkeiten der Anstalt einstweilen vermiethet. Während die in den rückwärtigen Gebäuden vorhandenen ausgedehnten Räume zu Bureau- oder Lagerzwecken vermiethet werden sollen, wurden die Räume des Vorderhauses, die man je nach Bedarf mit Kochöfen versah, als Wohnungen hergerichtet. Die Nachfrage nach diesen Wohnungen, die den Parteien auf die vorläufige Dauer von zwei Jahren gegen monatliche Kündigung überlassen werden, war derart lebhaft, dass diese jetzt nahezu sämmtlich vermiethet sind.

(Münch. Neuest. Nachr.)

Referate.

— Doran, A consideration of the hereditary factors in epilepsy. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1903, S. 61.

Unter 1300 Fällen von Epilepsie waren 502, bei denen erbliche Belastung nachweisbar war. In 18% aller Fälle war Alcoholismus des Vaters vorhanden. Bei 7,8% der Kranken war die Epilepsie direkt ererbt, in 11,5% war sie bei Geschwistern und anderen Verwandten nachweisbar. Geisteskrankheit der Eltern bestand in 3,2% der Fälle, in 4,7% fand sich kollaterale Vererbung. Hysterie, Migraine, Chorea etc. spielten bei der erblichen Belastung nur eine geringe Rolle. Schütte-Osnabrück.

— Wright and Haviland, Additional notes upon tent treatment for the insane at the Manhattan State Hospital, East. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1903, Nr. 1, S. 53.

Im Anschluss an die Behandlung Tuberculöser in Zelten wurde der Versuch gemacht, auch verblödete und unreinliche Geisteskranke sowie Rekonvalescenten auf diese Weise unterzubringen. Die Erfolge waren gut, das Körpergewicht nahm durchweg zu, bei einem Epileptiker liessen die Anfälle nach. Auch der psychische Zustand wurde in manchen Fällen wesentlich gebessert. Eine Reihe guter Photographien veranschaulichen die Lage und Einrichtung der Zelte.

Schütte-Osnabrück.

— Huber, A. Dr. theol.: Die Hemmnisse der Willensfreiheit. Münster 1904. Verlag von H. Schöningh. 8°. 355 S. 4 M.

Den zahlreichen Veröffentlichungen über die vielumstrittenen Fragen der Willensfreiheit, Zurechnung und Verantwortung schliesst sich H.'s Werk — eine soeben erschienene Dissertationsschrift — an, indem es vom Standpunkt eines überzeugten Anhängers der freien Willensbestimmung aus uns mit den Hemmnissen in trefflicher Weise bekannt macht. Zwar schätzt der Verf. die Willenskraft hoch ein, ist aber auf der andern Seite nicht geneigt zu einer Unterschätzung der Motive. Ihm scheint die richtige Auffassung die zu sein, dass er festhält an der Willensfreiheit, deren Ursache in dem Vermögen zum Wollen und den Motiven zum Handeln liegt: Den letzten entscheidenden Ausschlag giebt der Wille, der darum unter dem Einfluss der Motive die eigentliche Ursache des freien Wollens ist.

Dass die Deterministen im Uebrigen nicht die absurden Consequenzen ziehen, die Verf. ihnen zuschreibt, sei nur nebenbei erwähnt; sonst hätten nicht Gegner dieser Lehre, wie der Jurist Kahl noch im vergangenen Jahre, erklärt: Liegen die Ansichten aber so, dann ziehe ich von meinem Standpunkt den Schluss, dass die Säulen der Gerechtigkeit nicht stürzen und die Tempel der Themis nicht einfallen würden, wenn heute der Ausdruck „freie Willensbestimmung" aus § 51 entfiele.

Im ersten Kapitel werden die allgemein menschlichen Bedingungen und Schranken der Willensfreiheit besprochen in einer Weise, die nur für den Theologen von Interesse ist.

Wichtiger erscheinen uns die Erörterungen, die sich mit den individuellen Hemmnissen der freien Willensbestimmung beschäftigen, wie nämlich Abstammung, Erziehung, Gewohnheit, Lebensalter, Geschlecht, Temperament und Character auf den Willen einwirken und ihn zu beeinflussen vermögen. Da wird hervorgehoben, wie „tausend Influenzen auf den bedürftigen Sterblichen lauern, ja die ganze Welt eine Influenz ist, aber die stärkste von allen der Character des Menschen ist."

Im dritten Kapitel wendet Verfasser seine Aufmerksamkeit auf die „Influenz der ganzen Welt", d. h. auf all die verschiedenen socialen Verhältnisse, welche an der Ausprägung der Individualität mitwirken und die Denk- und Handlungsweise des Menschen mitbestimmen und darum auch, soweit sie ungünstig sind, zu Hemmnissen der Willensfreiheit werden. Es kommt überaus viel auf die Umstände und die äusseren Verhältnisse an, ob und in wieweit einer verantwortlich gemacht werden kann. Darunter fällt die Irreführung und Schwächung des Willens durch Missverhältnisse aller Art, der Einfluss materieller, kultureller und politischer Zustände auf die menschlichen Handlungen, ferner der Einfluss von Nahrung, Klima und Jahreszeit auf die Moralität. Verf. lehnt bei Betrachtung des Verbrecherproblems die Ansichten Lombroso's als zu weitgehend ab, ist aber ehrlich genug, seine Verdienste um die Lösung dieser Fragen rückhaltslos anzuerkennen. Er begrüsst es mit Freuden, dass durch die moderne Criminalanthropologie dem zwar bequemen aber unrichtigen Schablonisiren ein Ende gemacht und die Individualität des Thäters bei Beurtheilung seiner Thaten in den Vordergrund gerückt wurde. Damit wird die Abhängigkeit, die Hemmung und die theilweise Determination wenigstens beim Verbrecherthum zugegeben, wenngleich noch betont wird, dass die Willensfreiheit als solche nicht angetastet werden soll, sondern nur die falsche Anwendung dieses Begriffes, die widersinnig und den thatsächlichen Verhältnissen widersprechend ist.

Am interessantesten ist der vierte Theil der Abhandlung, die pathologischen Hemmnisse der Willens-



freiheit. Zunächst werden die vorübergehenden pathologischen Erscheinungen besprochen, wie hypnotische Zustände und Suggestionswirkungen, desgleichen Rauschzustände, Krankheitsdelirien und Affektzustände. Dem schliessen sich in wohlgelungener Darstellung die psychopathischen Minderwerthigen als Dauerzustände und schliesslich noch die Seelenstörungen bei Neurosen und Psychosen an.

Man ist erfreut, wenn man sieht, wie Verf. mit Lust und Liebe sich in ein Gebiet vertieft hat, das ihm von Haus aus eigentlich fern liegt. Nicht nur, dass die Lehrbücher und Monographien auch der neuesten Zeit Benutzung gefunden, die Ansichten für und wider klargestellt sind, sondern was hoch einzuschätzen ist, Verf. hat sich ein eigenes Urtheil zu bilden gesucht. Dem gegenüber fallen einige Mängel nicht ins Gewicht, die sich stellenweise bemerkbar machen. Darauf ist von anderer Seite indessen schon hingewiesen*) und es ist hier nicht der Ort, näher darauf einzugehen und schiefe Ansichten und Auffassungen richtig zu stellen. Den Leser stören sie nicht weiter.

Im Schlusskapitel werden die Resultate noch einmal angeführt.

Das vorliegende Buch zu schreiben war sicherlich für den Verf. ein Wagniss und es gehörte dazu ein ziemlicher Muth, einmal anzuerkennen, wie sehr abhängig der Mensch, „das freieste aller Geschöpfe", in Wirklichkeit ist. Dafür wollen wir ihm danken. Sein Versuch, die Moralprincipien der Zurechnung mit den vielgestaltigen Krankheitsbildern in Uebereinstimmung zu bringen, ist als gelungen anzusehen. Wir können dem Verf. auch von seinem Standpunkt aus nachfühlen, wie sehr er es empfindet, dass die gerichtliche Psychiatrie zu sehr von den Grundsätzen der Moral losgelöst sei. Demgegenüber ist aber auch zu sagen, dass die Moral und die Psychiatrie nichts mit einander gemeinsam haben. Auf der andern Seite kann Verf. für sich das Verdienst in Anspruch nehmen, die geistigen Erkrankungen in sehr brauchbarer und verständlicher Art und Weise seinen Berufsgenossen dargeboten zu haben. Auch der Nichttheologe wird das Buch nicht unbedingt aus der Hand legen, wenngleich er über manche Dinge sich eine andere Ansicht gebildet hat. Indessen soll man auch vom Gegner lernen und das Gute annehmen, von wo immer es kommt

*) cfr. Litterarischer Handweiser 1904. Nr. 12. S. 574.

Bibliographie über Kriminal-Anthoprologe und Verwandtes.

IV. Quartal 1904.

Von Medicinalrath Dr. P. Näcke in Hubertusburg.

(Schluss.)

Barr: Heredity: its influence for good or evil. Ibid.

Skliar: Ueber Gefängnisspsychosen. Monatsschr. f. Psych. u. Neurol. 1904. Oct. Nov.

Zuccarelli: Istituzioni di antropologia criminale illustrate, lezioni 8a. e 9a. 1904.

Hoche: Ueber die Gefährlichkeit Geisteskranker. Medicinische Klinik 1904, Nr. 2.

Schermers: Het rapport van de staatscommissie in zake de verzorging van gevaarlijke en schadelijke Krankzinnigen. Nederl. Tijdschrift voor Geneeskunde. 1904. Nr. 20.

Hellwig: Eine Gedächtnisstäuschung. Archiv f. Criminalanthropologie etc. Bd. 17, H. 3 u. 4.

Hahn: Zum Thema über die falschen Wahrnehmungen der Verletzten. Ibid.

Kersten: Darstellung des Indizienbeweises in der gegen den Kutscher Grellmann geführten Untersuchung. Ibid.

Knauer: Mord aus Homosexualität u. Aberglauben Ibidem.

Weygandt: Psychiatrische Begutachtung bei Vergehen u. Verbrechen im Amt eines degenerativ-homosexuellen Alkoholisten. Ibid.

Jaeger: Aus den Papieren eines Verbrechers. Ibid.

Jühling: Titel u. Vorrede zu 1. Von der falschen Betler Büberey. Mit einer Vorrede von Martin Luther. Und hinden an ein Rothwelsch Vocabularis, daraus man die Wörter, so yn diesem büchlein gebraucht, verstehen kan. Wittenberg MDXXVIII. Ibid.

H. Gross: Kriminal-Psychologie. 2. Aufl. Leipzig, Vogel, 7203. 13,50 Mk.

Joseph Müller: Das sexuelle Leben der christlichen Kulturvölker. Leipzig, Grieben 1904.

Müller: Zur Kasuistik der congenitalen Onychogryphosis. Münchener mediz. Wochenschr. 1904, Nr. 49.

Vries-Frens: La délinquence juvénile. Archives d'anthropologie criminelle etc. 1904, 15. Déc.

Raffalovich· Les groupes uranistes à Paris et à Berlin. Ibid.

Hirschfeld: Berlins drittes Geschlecht. Berlin. Leipzig, Seemann Nachf. 1905. 1 Mk.

Ettler: Körperkultur u. Zuchtwahl. Politisch-anthropol. Revue. 1905 Jan., Nr. 10.

Felkl: Beitrag zur forensischen Kasuistik der solitären Erinnerungstäuschungen. Archiv f. Kriminalanthrop. etc. Bd. 17, H. 3/4.

Bauer: Ein Fall angeblicher Kleptomanie. Ibid.

Placzek: Experimentelle Untersuchungen über die Zeugenaussagen Schwachsinniger. Ibidem.

Lohsing: Reflektionen über den Fall eines Jugendlichen. Ibidem.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 27. 30. September. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Anhalonium Lewinii.

Von Dr. *Johannes Bresler*, Oberarzt an der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz (Schlesien).

In seiner Studie „über Pellote“*) hat uns Prof. A. Heffter mit einem interessanten Berauschungsmittel sehr genau bekannt gemacht, das seit Jahrhunderten bei den Tarahumari-Indianern im Staate Chihuahua, bei den Huicholen im Staate Jalisco, den Indianern von Texas und des Indianerterritoriums in Gebrauch ist und göttliche Verehrung geniesst. Es spielt bei religiösen Ceremonien eine grosse Rolle. Die Händler des Indianerterritoriums nennen die Pflanze gewöhnlich Mescal. Von den beiden früher als Stammpflanzen des Pellote oder Mescal bezeichneten Anhalonien, dem Anhalonium Williamsi und dem Anhalonium Lewinii hat Heffter das letztere als die Pflanze ermittelt, welcher allein die eigenthümlich berauschende Wirkung zukommt. Anhalonium Williamsi enthält nur ein Alcaloid das Pellotin, das eine Zeit lang sich als Schlafmittel in unseren Arzneischatz einzubürgern versuchte. Anhalonium Lewinii enthält vier Pflanzenbasen. Nach ihren äusseren Merkmalen sind beide Pflanzen auch für erfahrene Cacteenkenner ausserordentlich schwer von einander zu unterscheiden. Die im Handel käuflichen Mescal Buttons sind immer getrocknetes Anhalonium Lewinii. Jene vier Basen sind: das Mescalin, das Anhalonidin, das Anhalonin und das Lophophorin. Mescalin, von der Formel: $C_7H_6(OCH_3)_3NCH_3$, überwiegt unter ihnen; die Mescal Buttons enthalten hiervon 4,6—6,8 pro Mille, von Anhalonin und Anhalonidin je 1,1—1,9 pro Mille, von Lophophorin sehr geringe Mengen. Die Alcaloide befinden sich vorzugsweise in dem oberirdischen Theil der Pflanze, eben den Mescal Buttons. In Mescal Buttons von E. Merck (Darmstadt) ermittelte Heffter:

Alcoholextract .	18,0 %
Rohalcaloid . . .	5,8 %
Alcoloidsulfat . .	6,0 %

Mescalin und Mescalinchlorhydrat sind in Wasser leicht löslich, Mescalinsulfat ist in heissem Wasser leicht löslich. Bei Kaninchen erwiesen sich 0,1 bis 0,25 g Mescalinchlorhydrat pro Kilo Körpergewicht ohne jede sichtbare Wirkung; eine grosse Katze bekam nach 0,1 g Erbrechen und 2 diarrhoische Entleerungen. „Sie schien etwas träge und matt, schwankte auch ein wenig beim Sitzen, aber ausser diesem somnolenten Zustand konnten keine weiteren Wirkungen wahrgenommen werden“. Bei einem 6,1 kg schweren Hunde, der 0,2 g subcutan erhielt, war von Somnolenz nichts zu bemerken. „Auffallend war nur, dass er nach ca. 1 Stunde zu winseln und zu belleln begann, aber nicht gegen den Beobachter, sondern nach der entgegengesetzten Seite des Käfigs. Beim Anrufen drehte er sich um und wedelte. Dieses eigenthümliche Benehmen blieb längere Zeit bestehen“. Vom Anhalonidinchlorhydrat waren subcutane Dosen von 0,05 bis 0,1 g pro Kilogramm vollständig ohne Wirkung; bei einer Katze vermochten 0,08 g pro kg nichts anderes als eine 2 Stunden dauernde Salivation hervorzurufen.

Heffter stellte bei sich selbst Versuche über die Wirkung der Mescal Buttons an. Er nahm zwischen 10^{15} bis 10^{45} Uhr Vormittags ein alkoholisches Extract spissum in Oblaten, das einer Menge von 16,6 g Droge (ungefähr = 5 Stück Mescals) entsprach. Der im Beginn des Versuches 76 zählende Puls sank im Verlauf von 2 Stunden auf 56 und stieg dann wieder auf die Norm. Ungefähr 1/2 Stunde

*) **Ueber Pellote.** Beiträge zur chemischen und pharmakologischen Kenntniss der Cacteen. Zweite Mittheilung. Von Prof. **Dr. A. Heffter.** Archiv f. experimentelle Pathologie und Pharmakologie. 1898, 40. Bd., 5. u. 6. Heft, S. 385.



nach der letzten Dosis verspürte er Uebelkeit, Hinterkopfschmerz, starkes Schwindelgefühl und Schwerfälligkeit der Bewegung. 12[18] Uhr wurde das Sehen undeutlich, die Pupillen erweiterten sich mässig. Die Nausea nahm zu. Völlige Appetitlosigkeit beim Mittagessen. 1[30] Uhr nahm er bei geschlossenen Augen die ersten Farbenerscheinungen wahr: „Dunkelblaue Streifen, dann ein Laubengang mit rothen und gelben Blumen". Beim Lesen, das wegen der Pupillendilatation mit Anstrengung verknüpft war, erschienen „auf dem Papier gewissermassen hinter den Buchstaben blassviolette und grüne Flecke, wie ein zartes Tapetenmuster". 1[50] Uhr legte sich Heffter in einem verdunkelten Zimmer nieder und schloss die Augen. Trotz der Dunkelheit waren die Nachbilder „auffallend scharf und von langer Dauer". Im Anschluss an solche zeigten sich häufig „eine Reihe farbenprächtiger Bilder, die theils Teppichmuster und Mosaiken darstellten, theils aus verschlungenen, sich blitzschnell bewegenden farbigen Bändern bestanden. Es schossen ferner farbige Strahlen von grosser Helligkeit im Bogen über das dunkle Gesichtsfeld, ungefähr wie Feuerwerkskörper, aber mit grösserer Schnelligkeit. Es waren alle Farben vertreten. An diese Erscheinungen schloss sich eine Reihe schöner Landschaften, die sich vor Allem durch wunderbare Farbeneffekte auszeichneten". Unter den Landschaften war nur ein einziges bekanntes Bild. Trotz aller Willensanstrengung vermochte Heffter keinen Einfluss auf die erscheinenden Gegenstände auszuüben, wie es in zwei Fällen bei den Versuchen von Prentiss und Morgan möglich gewesen sein soll. Er konnte seine Gedanken auf irgend einen abliegenden Punkt concentrieren, während die Visionen blitzschnell abwechselten. Unter dem Einfluss rhytmischer Geräusche oder von Musik bewegten sich die Bilder im Takte und Heffter hatte dann den Eindruck, als ob grössere Menschenmassen vorbeimarschierten, konnte aber einzelne Individuen nicht unterscheiden. Mehrmals sah er „auf dunklem, glänzendem Grunde, violette, dicke, verzweigte Wurzeln und Fasern, die stark gefüllten Venen glichen. Häufig gestalteten sie sich zu dem Netz hoher gothischer Gewölbe mit wechselnden Farben. Oefters sah ich auch das Innere reich geschmückter Festsäle, deren Friese, Wände und Kronleuchter mit farbigen Edelsteinen, Opalen und Perlen geschmückt waren". Dabei schien sich die Decke bisweilen unten oder senkrecht seitwärts zu befinden, „wodurch ein heftiges Schwindelgefühl und verstärkte Uebelkeit hervorgerufen werden". „Die Architectur erschien plastisch, während die Landschaftsbilder meist den Eindruck machten, als seien sie auf einen mit grobem Stoff bespannten Schirm projicirt".

Bei Oeffnung der Augenlider schwanden die Visionen, während die Uebelkeit, das Schwindelgefühl, der Kopfschmerz und ein Gefühl der Beklemmung auf der Brust bestehen blieben. „Trotzdem war die Stimmung heiter erregt, und eine Neigung zum Lachen vorhanden. Ich hatte das Gefühl, als ob ich sehr laut spräche, meine Gehörswahrnehmung war herabgesetzt, alle Stimmen klangen wie aus der Ferne. Das Bewusstsein war während des ganzen Versuchs klar, und die Verstandeskräfte unbeeinflusst."

Auffallend war eine hochgradige Herabsetzung des Zeitsinns, indem einige Minuten auf 1/2 Stunde geschätzt wurden und der 10 Minuten lange Weg von der Wohnung zum Laboratorium endlos lang erschien. Die Fähigkeit, bei geschlossenen Augen Visionen zu sehen, dauerte ungefähr bis 5[45] Uhr: „Zuletzt erschienen die Farben ganz matt und ich sah nur schwach begrenzte farbige Flecke. Die unangenehmen Begleiterscheinungen schwanden bis auf ein leichtes Schwindelgefühl und die Pupillendilatation. Appetit stellte sich ein, und der Schlaf in der Nacht war ruhig und ununterbrochen."

Durch Trennung der in dem alcoholischen Extract der Mescal Buttons enthaltenen Harze und Alcaloide von einander und weitere Versuchen mit jedem einzelnen dieser beiden Substanzen (in 50 g Mescal Buttons waren 0,45 g ungelöste Harze und 3 g krystallinische schwefelsaure Alcaloide) stellt Heffter fest, dass das Harz nicht der eigentliche wirksame Stoff ist. Es erzeugte in Mengen von 0,15 g nur eine Stunde andauerndes leises Kopfweh, geringe Pulsverlangsamung (78 > 68), Müdigkeitsgefühl und Schwere der Extremitäten, aber keine Visionen. Hingegen bewirkte 1,0 Alcaloidsulfat (entsprechend 16,67 g Droge), in Wasser gelöst genommen, Pulsverlangsamung (70 > 60), Hinterkopfsschmerz, Schwere in den Gliedern, Nausea und: „Auf dem Papiere erschienen beim Lesen grün und violette Flecke, ebenso, wenn ich gegen den hellen Himmel sehe. Beim Schliessen der Augen treten Visionen auf, zunächst noch blass, aber allmählich schärfer und glänzender werdend. Sie bestehen diesmal weniger aus Landschaftsbildern, sondern vorwiegend aus kaleidoscopischen Figuren, Teppich- und Stoffmustern, prächtigen Kleidungsstücken und Architecturbildern. Blau ist wenig vorhanden, wesentlich Orange, Roth, Grün und vereinzelt Gelb." Im vollständig verdunkelten Raum konnte Heffter sie diesmal mit offenen Augen sehen, aber weniger lebhaft und deutlich als bei geschlossenen. Diese Fähigkeit dauerte bei diesem Versuch bis zum folgenden Morgen,



wo noch bei geschlossenen Augen grüne und violette Flecke auftraten. Pupillenerweiterung, Schwindelgefühl, äusserst quälende Nausea, die diesmal bis gegen 8 Uhr anhielt, Verlust des Zeitsinnes, undeutliches Hören, Gefühl von Abgeschlagenheit in den Gliedern waren in gleicher Weise wie bei dem Versuch mit dem Extract vorhanden und schwanden nach und nach im Laufe des Abends; die Pupillen dagegen waren noch am nächsten Morgen etwas erweitert. Während dieses Versuches bestand zwar keine Trübung des Bewusstseins, jedoch machte es Heffter Mühe, beim Rechnen und Sprechen die Gedanken zu concentriren und das Sprechen selbst ging etwas langsam und schwerfällig von statten.

Versuche mit den einzelnen Alcaloiden der Mescal Buttons (Mescalinum hydrochloricum, Anhalonidin., Anhalonin. hydrochloricum und Lophophorin. hydrochloricum) lehrten, dass nur das Mescalin. hydrochloricum, und zwar bei einer Dosis von 0,15 g, die Visionen verursacht neben den übrigen Symptomen der Mescalvergiftung.*) Die Visionen zeigten sich bei dem Mescalinversuch nicht ganz so lebhaft und glänzend wie bei den vorhergehenden Experimenten, was Heffter auf die zu geringe Dosis eingenommenen Mescalins zurückführt.**)

Heffter hält es für sehr wahrscheinlich, dass es sich wesentlich um Wirkungen auf das nervöse Centralorgan handelt, eine Erregung des peripherischen Sehapparates jedoch nicht für ausgeschlossen. In zwei späteren Versuchen, die ein Practicant Heffters mit 0,2 g Mescalinsulfat vorgenommen, waren die Farbenwahrnehmungen lebhaft schön und in dem einen dieser Versuche waren die Visionen dem Willen unterworfen. Die Nachbilder dauerten 50—70 Secunden. Es konnte aber eine Beeinflussung des Zeitsinnes niemals beobachtet werden. Im übrigen bestand wie sonst Pulsverlangsamung, Pupillenerweiterung, Hinterkopfschmerz, Nausea mit Erbrechen.

Heffter bestätigte, was die Symptome der Mescalvergiftung anlangt, durch seine Versuche in der Hauptsache das von früheren Beobachtern gefundene. So verzehrten 6 Versuchspersonen von Prentiss und Morgan*) je 3—7 Stück Mescal Buttons. Hierbei ist besonders zu bemerken, dass die Visionen einmal von anderen Personen suggerirt werden konnten und dass Intelligenz und Wille bei manchen Versuchsobjecten nicht beeinflusst schien, andere Langsamkeit im Denken und eine gewisse Unbeholfenheit im Ansdruck zeigten. In allen Fällen bestanden Kopfschmerz, eine 12 bis 24 Stunden anhaltende Pupillenerweiterung, Schwächegefühl in den Muskeln, Verlust des Zeitsinnes, Gefühl von Unbehaglichkeit und Vollsein im Magen, Nausea, ja Erbrechen. Weir Mitchell**) nahm 6½ Drachmen eines Fluidextracts, von dem eine Drachme einem Stück Mescal entsprach. Visionen wie bei den anderen Beobachtern. Sonst wurde beobachtet: unbehagliches Gefühl im Magen, Hinterkopfschmerz, Gefühl gesteigerten Kraftbewusstseins in körperlicher und geistiger Hinsicht; als Folgen der Mescalvergiftung Schlaflosigkeit, Magen- und Kopfschmerz. Eshner***) nahm etwas über 3 Drachmen Fluidextract und beobachtete: zunächst Pulsverlangsamung (78 > 58), dann Uebelkeit, körperliche und geistige Unfähigkeit zu arbeiten, Pupillenerweiterung, Erhöhung der Patellarreflexe, Schlaflosigkeit. Ellis†) nahm ein Infusum, das mit 3 Mescals bereitet war, und beobachtete mehrstündiges Kopfweh, Verminderung der Pulsfrequenz, Nausea und ein Gefühl ungewöhnlicher geistiger und körperlicher Energie, das aber schnell vorüber ging, unangenehmes Druckgefühl im Thorax, Gefühl erschwerter Bewegungen, ungewöhnliche Dauer und Deutlichkeit der Nachbilder. Die Visionen traten nach 3 Stunden auf. Nachwirkungen: leichtes Kopfweh.

Prentiss und Morgan beobachteten unter häufigem Farbenwechsel farbige Muster, Figuren (Bälle, Würfel, Kreisel), Landschaften, Tänze. Trommeln oder ein anderes rythmisches Geräusch erhöht die Schönheit und Mannigfaltigkeit der Bilder; Weir Mitchell phantastische Visionen von Sternen und Farbenflecken, Landschaften und Architecturbildern, jedoch keine menschlichen Gestalten, obgleich der Wille sich darauf richtete; blau und gelb fehlten; Eshner Frescowerke, Tapetenmuster, Parkettmuster, Waffenröcke, Schilder; die Bilder enthielten alle Farben; Ellis sah bei geöffneten Augen (im geschlossenen Raume?) violette und grüne Schatten.

* * *

*) Puls 78 > 66. Der Appetit zum Essen ging nicht verloren.

**) Anhalonidin bewirkt in Dosen von 0,1—0,25 g des chlorwasserstoffsauren Salzes etwas Schläfrigkeit und ein dumpfes Gefühl, keine Pulsveränderung, keine Visionen — Anhaloninchlorhydrat 0,1 g bewirkte nur geringe Schläfrigkeit. Lophophorinchlorhydrat 0,02 g nach 15 Minuten einen starken schmerzhaften Druck im Hinterkopf, Hitze und Röthung im Gesicht und geringe Pulsverlangsamung (78 > 70); die Erscheinungen waren nach 40 Minuten geschwunden.

*) bei Heffter citirt aus Therapeutic Gazette, 1895, S. 577.

**) bei Heffter cit. aus British Med. Journ. 1896, II p. 1625.

***) ebenda.

†) bei Heffter citirt aus The Lancet 1897, I, p. 1540.

Im Nachfolgenden theile ich nun einige Versuche mit, die ich an der hiesigen Anstalt mit dem Anhalonium Lewinii (von der Firma E. Merck in Darmstadt) bei einigen Kranken vorgenommen habe, die sich dazu gerne erbötig zeigten. Ueber die nicht angenehmen toxischen Erscheinungen waren sie natürlich vor der Einverständnisserklärung unterrichtet worden, selbstverständlich nicht über das Auftreten von Visionen.

1. Frau Sch. 47 Jahre alt, Paranoia mit Gehörshallucinationen, Störungen des Gemeingefühls und visceralen Sensationen, sonst besonnen und orientirt. Um 9^{30} vormittags Extract. siccum Anhalonii, entsprechend ca. 16 g Frucht. Um 10 Brechreiz; Gefühl leichter Trunkenheit. 10^{30} bei verdunkelten Augen sieht sie ihr eigenes Gesicht. 10^{45} Puls 56 (vor dem Einnehmen des Extracts 72). 11^{45} Puls 68. Sieht bei verdunkelten Augen die Hostie, ringsherum 4 dreieckige Figuren mit gelben Punkten, von ersteren gehen silberne und goldene Schnuren aus, „alles so schön sauber und hübsch wie in der Kirche.“ 1^{15} Puls 60. Sieht im Dunkeln: die heilige Hostie, rings herum einen gelben Ring, dahinter ihr eigenes Angesicht, oben Goldgeflitter, goldene Schnuren, der gelbe, goldene Ring dreht sich, dann wird es weissgrau, in der Mitte eine Kugel, von der fallen weisse Platten ab, dann zeigt es sich wieder golden, wie ein goldener Rosenkranz. Bei verdecktem rechten Auge: weissgraue Streifen, schwach; bei verdecktem linken Auge: dasselbe. Bei Druck auf die geschlossenen Augen: das eigene Gesicht, ein Räucherfass wie aus der Kirche, zwei Gestalten, einen gelben Schein, mitten blaugelblich; röhtliche und goldene Schnuren und Strahlen, die Sonne mit 3 Strahlen. 2^{30}. Will vorübergehend eine Schwäche in die Arme, Beine und Augenlider bekommen, Wärme im Kopfe verspüren. 4^{15} bei verdeckten Augen: weisse Streifen und Regenbogenfarben; die Mutter Gottes mit goldenem Umhang und goldener Krone. Bäume. 7^{30} bei verdeckten Augen: sieht ihre beiden verstorbenen Töchter, weissgekleidet, und noch eine andere weibliche Person und weint darüber, ferner einen Kelch.

2. B. 29 Jahre alt, weiblich, epileptisch. 9^{30} dieselbe Dosis wie bei 1. Puls 80. 12^{15} Hitze im Kopf. 12^{30} Aufstossen. 1^{10} Pupillen leicht erweitert. 2^{30} etwas Schwindelgefühl; leichtes Aufstossen. 4^{15} Puls 96. Bei verdeckten Augen: kleine weisse Punkte, die sich hin- und herbewegen.

Da das Extract. siccum nicht zu wirken schien, liess ich mir ein alkoholisches Extractum spissum zubereiten, das in Oblaten gereicht wurde.

3. Dieselbe Person wie bei 1. Einige Tage später 10^{30} Puls 70. Extractum alcohol. spissum, entsprechend ca. 20 g Frucht. Um 1 leichtes Schwindelgefühl. 3 weisse Jungfrauen, mitten eine weisse Krone, darin ein schwarzer Stern, das heilige Altarssacrament, den Pfarrer (weiss), ein goldenes Triangel, verziert, dann etwas grünliches mit goldenen Spitzen, „die flogen immer so hinein,“ unten 2 weisse Kugeln, oben 2 weisse Kugeln, einen Strich in der Mitte, eine weisse Jungfrau (ihre Tochter), Bäume mit weissen Zweigen, das eigene Gesicht mit weissem Kragen um den Hals („so wie ich mich im Spiegel sehe“), eine Frauensperson ohne Gesicht, mit dem Marienzeichen, („es ist wie wenn ich durch ein Vergrösserungsglas sehen möchte“). Ein weissgedeckter Tisch mit Bouquet und Körbchen, ein schwarzes E, schwarze Räder, grüne Bäume, eine Sommerlaube, Glaskugeln, eine grüne Fläche („alles geht schnell wieder weg“), durch die Bäume hindurch scheint eine Kirche, wundervolle schöne Pappeln, mitten eine Glaskugel („ein Stück von mir entfernt“), die heilige Hostie („ganz nahe an meinen Augen“), ein rosiger Kranz, darüber zwei Arme („aber ich sehe die Hände nicht“), das hat sich dann in etwas Rundes verwandelt, das Innere von einer Kirche mit grossem Schmuck, („herrlich“), ein Kirchthurm, ein Palais, („es war zu hübsch, das war ein reines Paradies, das können sie sich garnicht vorstellen“) die hl. Mutter Gottes, eine Uhrkette mit einem goldenen Griffel, Gold„schmitze“. Bei offenen, nach dem grau bedeckten Himmel gerichteten Augen: Kranz, Kind mit offenen Armen, Erlöser am Kreuz, alles weiss, weibliche Person („Tochter“, weint), heilige Schutzengel (hört diese sprechen). Bei verdeckten Augen: schwarze Spangen, dahinter ein weisses Gesicht, oben die hl. Hostie, weisse Kugeln, weisse Krone, bunte Schürze, Heilige, alles „gelblich-golden“, Kränze, ein grosser Ring, Ringe („wie Wurstringel“), dann wieder Kränze, runde Gegenstände an einer Stange hängend, braune Zickzacklinie, dabei roth und dunkelblau punktirt, vier schöne Kugeln („ach das ist schön“), es ist alles weissgrau, wie wenn der Mond scheint, so wie wenn man in einen Guckkasten sieht, aber feierlich. — P. 70; keine Pupillenerweiterung. Will ruckweise wie betrunken sein. — 3 Uhr Erbrechen. Gegen Abend gesprächig, wie leicht angeheitert. Sah Mutter Gottes am Himmel. Schlief nachts, hörte aber vorübergehend singen. Am folgenden Morgen bei verdeckten Augen: die Hostie und zwei weisse Engel. Starkes Jucken an Hohlhand und Fussflächen. Ziehen auf dem Scheitel. Eine eigenthümliche Geruchsempfindung. Viel Durst wie schon am Tage vorher.

4. Dieselbe Person wie bei 2. 10^{45} Puls 70. Dosis wie bei 3. 11^{45} Uebelkeit, Schwindelgefühl. 1 Uhr Erbrechen, Drehen im Kopfe. Pupillenerweiterung. Bei verdeckten Augen: weisse Engel tanzen vorbei, ein schwarzer Mann, ein grosser Spiegel, dann „alles ganz grün", weisse glänzende Sterne. Bei offenen Augen: es dreht sich alles wie auf der Luftschaukel; in der Mitte schwarz, am Rande weiss und Sterne, eine brennende Lampe, eine rothe Flamme, alles ganz grau, eine weisse Scheere, Heiligen-Bilder, eine schwarze Katze. — Romberg'sches Phänomen angedeutet. Hat sehr stark die Empfindung, dass sich die Gegenstände um sie herum bewegen, als wenn die Wand einfallen möchte. Bei offenen Augen: blaue, rothe Ringe, grüne Flammen, weisser Sarg, Schwein, weisse Vögel. — P. 84 bis 90. Wolken, grüne, weisse, rothe, schwarze Vögel, Geistlicher, Altar, weisse Decken, rothe Decken, Feuer. — Bei verdeckten Augen: Kelch, Engel, hl. Maria, rothe Engel, grüne Decke mit Goldschrift. — Convergenzreaction nicht vorhanden. — Schlief Abends schlecht ein. Am folgenden Tage geringes Schwindelgefühl.

5. L., epileptisch, 25 Jahre alt. 8^{45} Puls 72. Dosis wie bei 3. 9^{45} Erbrechen. 10 Uhr Gefühl von Trunkenheit, Schwäche in den Füssen. 11 Uhr Musik im linken Ohr, Spielen, Singen, Brummen, Frauenstimmen, „wie ein Concert". Fühlt ihre Gedanken „zerstreut". Puls 80—90, in der Schnelligkeit manchmal etwas wechselnd. 1 Uhr Puls 100—110. Uebelkeit. Schwarzwerden vor den Augen. Pupillen weit. Trockenheit im Munde. Aufhebung der Tast- und Schmerzempfindlichkeit am ganzen Körper bei völlig klarem Bewusstsein und völlig klarer Orientirung. „Ich habe gar kein Gefühl am Körper, ich weiss nicht wo ich liege, ich muss immer wieder nachsehen, ob ich im Bett liege". Sieht zeitweilig die Gesichter der Umstehenden verzerrt und Thür und Wände sich bewegen. Krampfartiges Ziehen am rechten Vorderarm und rechter Hand. Kühle Hände und Füsse. Sausen im Kopfe. Um 5 Uhr ist das „Concert" und die Gefühlsstörung vorüber, ebenso die Kälte an Händen und Füssen. Nausea und Pulsbeschleunigung, Pupillenerweiterung dauern an bis Abends; schlief nachts schlecht. Hatte nachts einen epileptischen Anfall. — Am nächsten Tage Pupillenerweiterung geschwunden. Puls 96, ausser einer geringen Schwäche keine Beschwerden mehr. — Keine Visionen.

6. F. epileptisch, 24 Jahre alt. 9 Uhr Puls 70. Die gleiche Dosis wie bei 3. 9^{45} Uebelkeit. 11 Uhr Puls 90; gesprächig. 1 Uhr Puls 72; gesprächig; hört leises Glockenklingen. Bei verdeckten Augen: die heilige Maria von Czenstochau, den „heiligen Annaberg". Schildert fortwährend diese Visionen. („Ich kann nicht dafür, wenn die Lippen so allein herumlaufen.") Himmlischer Vater, Jesus Christus, die heilige Dreifaltigkeit, ein hoher Thurm, das himmlische Reich, alles hellblau, Mond, Sterne. „Jetzt sehe ich mich selbst." Die heilige Maria mit dem Rosenkranz, das Dominium (nb. das der Anstalt), eine Scheune, „aber ganz aus Stroh". „Ich bin im himmlischen Reich, ich sah die heilige Maria, es ist als wenn ich möchte sterben", blau, grün, hellgelb, grau, Bäume blühen, Blumen, eine Kirche, grüne Felder, Wiesen, die ganze Welt. — Ist in euphorischer Stimmung, in den Bewegungen leicht unbeholfen. Bei unverdeckten, offenen Augen: die Krone auf der heiligen Maria, die heilige Anna mit den Engeln, die heilige Maria von Czenstochau ... „Gott sei Dank, dass ich so einen schönen Anblick habe, aber ich habe meinen richtigen Verstand dabei; die anderen Leute werden vielleicht denken, dass ich meinen Verstand nicht habe, weil ich solche Dinge sehe." — Schlief nachmittags einige Zeit. Gläserne Augen; Sprache leicht schleppend. — Völlig orientirt. — Schlief in der folgenden Nacht gut. Am darauffolgenden Morgen Puls 96. „Ich war nicht krank, aber auch nicht gesund". Weiss objektiv und lückenlos über ihren Zustand zu berichten.

7. R., männlich; geringe Beeinträchtigungsvorstellungen nach abgelaufener Psychose, 43 Jahre alt. 8^{15} Puls 78—80 (bei der Arbeit). Dosis wie bei 3. 9^{15} Erbrechen. Puls 60. Es lief heiss vom Rückenmark zum Hinterkopf hinauf, prickelndes Gefühl in den Gliedern. 11^{30} Puls 78 — 80. Pupillen nicht erweitert. Uebelkeit; dabei fühlt er sich sehr frei im Kopfe, etwas heiss um die Augen herum, „als wenn ich sehr starken Scheck geraucht hätte". Bei verdeckten Augen: „wie eine Art Industrieausstellung", Maschinen, Wappen, Monogramme, Arabesken, Vignetten, Schnörkeleien, eine blaue Welle, aus der bläuliche Striche herausspringen, wie wenn farbige Peitschenhiebe in die Luft geführt werden könnten, Tapeten, Teppiche, grünlich, röthlichbraun, feines Pelzwerk, bunte Stoffe, „wie wenn ich in ein schön decorirtes Schaufenster blicken möchte", „alles in kreisender Bewegung", geometrische Figuren, ornamentische Verschlingungen, die schönsten Kunstwerke und Gemälde, Zierrathen, wohlgeformt, als wenn es so gewachsen wäre, „ich kann das nicht alles erklären und benennen, es ist ein herrlicher Anblick", „das müssten Sie Juweliren und Künstlern zu sehen geben; die könnten sich daraus Muster entnehmen", ein Bild



verwandelt sich schnell in ein anderes, aber das neue ist immer gleich vollständig fertig. Landschaften, Wolken, Felder, mit Menschen belebt, Thürme, Gerüste, ein Schloss, collossal hoch und hehr, Soldaten mit aufgepflanztem Gewehr, eine Treppe mit Portieren, Leuchtern und Verzierungen, eine grell gekleidete Dame, die sich an ihn kokett herandrängt. Gestalten mit dicken, grotesken, gigantischen Formen und grossen fratzenhaften Gesichtern, grossen Zähnen, kommen auf ihn zu, ähnlich wie man es beim Alpdrücken sehe, — „das fliegt alles nur so, ich weiss nicht, welches Bild ich zuerst benennen soll". Puls 60. Gefühl allgemeiner Leichtigkeit in den Gliedern, in der Wahrnehmung und Auffassung, besonders der optischen. Schalleindrücke kommen ihm lauter vor. Einmal hatte er das Gefühl, als wenn sich der Ofen bewegt. Mit unverdeckten, offenen Augen keine Visionen. — Bei verdeckten Augen wird ihm auf die verschiedensten Stellen des Kopfes geklopft und er soll angeben, wo er dabei etwa die Visionen stärker empfindet; er bezeichnet als solche Stelle das Hinterhaupt, die Figuren werden klarer und deutlicher und kommen deutlich auf ihn zu. Druck auf die Augäpfel hat keine nennenswerthe Verstärkung. Er verspürt aber während der ganzen Versuchszeit eine eigenthümliche Wärme nach den Augäpfeln vom Schädel herausfliessen. Wird nur das linke Auge verdeckt, so sieht er hier nur sehr wenig. — Keine Störung des Zeitsinnes. — Nachmittags gegen 5 Uhr beginnen die Visionen abzunehmen. Kein Rombergsches Phänomen. — Schläft in der folgenden Nacht wenig. Appetit noch am nächsten Morgen verringert.

Der Vergleich der Fälle 3 (1) (einfache Frau aus dem Kleinbauernstande), 4 (Arbeiterin, ohne Schulkenntnisse, aber nicht ausgesprochen imbecill, in ihren Beobachtungen und in den Urtheilen über einfache Dinge zuverlässig), und 5 (Arbeiterfrau) mit Fall 7 (ehemaliger Kaufmann, der in Grossstädten herumgekommen ist), zeigt, dass der Inhalt der Visionen ganz dem Inhalt des Vorstellungslebens entspricht, was auch zu erwarten war. Wir sehen hier jene sociale Gruppirung wieder, die in der Lehre von der Eintheilung der Geistesstörungen eine grosse Rolle spielte, und wir werden insbesondere an die verschiedenen Wahn-Specialitäten bei der Paranoia erinnert, die nicht durch die Einwirkung des Milieus erzeugt, nicht als das Negativ des Milieus, sondern irrthümlicher Weise als durch individuelle Geistesanlage und -artung bedingt, betrachtet wurden.

Bei der Gehörshallucinantin (Beobachtung 3) ist das Auftreten von Gehörstäuschungen neben einzelnen Visionen von Interesse.

Die Beobachtung 6 zeigt jedoch offenbar eine pathologische und vielleicht auch nebenbei eine individuelle Reaction. Die Epilepsie ist aller Wahrscheinlichkeit nach eine alcoholistische, die Versuchsperson ist Trinkerin, sie hat in pathologischen Zuständen (ob Alcoholrausch, ob epileptischer Dämmerzustand, ob beides zugleich. ist nicht klarzustellen) mehrfach Feuer angelegt. Sie soll auch intolerant gegen Alcohol sein. Die gebotene Gefühlsstörung und die Gehörswahrnehmungen sind wohl ein Aequivalent der Visionen, die bei ihr ganz ausblieben, oder die Gehörshallucinationen bekunden vielleicht eine individuelle Reaction.

Nennenswerthe Störungen des Zeitsinns kamen nicht zur Beobachtung. Die Pulsverlangsamung und die Pupillenerweiterung sind keine constanten Symptome.

Ich halte es nicht für ausgeschlossen, dass das Anhalonium bei weiterer Erforschung seiner Wirkung, besonders in seinen einzelnen Alkaloiden, an Gesunden für die experimentelle Psychologie und für die Physiologie der Optik grossen Werth haben wird. Auch im Bereich der psychischen und nervösen Störungen wird es vielleicht gute Dienste leisten; beispielsweise zur Differentialdiagnose von Demenz und Stupor, bei Verdacht auf Simulation (jemand, der noch nach 24 Stunden oder später angiebt, Visionen zu haben, wird sich durch diese Aussage sehr belasten), ferner als diagnostisches Reagens für die optische Sphäre der Hirnrinde bei cerebralen Sehstörungen, Gesichtsfelddefekten, Tumoren, bei Blinden (zur Feststellung, ob optische Erinnerungsbilder vorhanden), bei Farbenblindheit etc. etc. Eine weitere Möglichkeit wäre, bei Kranken mit hartnäckigen quälenden Gesichtstäuschungen diese wenigstens zeitweise durch Mescalvisionen in den Hintergrund zu drängen. Es dürfte kaum ein zweites pharmakologisches Mittel geben oder bekannt sein, das in gleicher Weise einen umschriebenen Bezirk der Hirnrinde so mächtig erregt, ohne das Bewusstsein zu trüben und ohne erhebliche Beschwerden zu veranlassen *). Es handelt sich bei dieser Reaction doch wohl um die Erregbarkeit der von den Netzhauteindrücken abgeschlossenen optischen Hirnrinde.

*) So hat Klinke, als er zur Untersuchung der Hyoscinwirkung sich selbst $^3/_4$ mmgr Hyoscin injicirte, zwar auch Gesichtshallucinationen und Illusionen beobachtet, diese waren jedoch schreckhafter Natur und die Nebenwirkungen sehr unangenehme. (Centralblatt für Naturheilkunde, 1889, XII. Jahrg. Nr. 7.



In diesem Sinne möchte ich das Anhalonium durch meine Versuche wenigstens der Vergessenheit entrissen haben.

Meinem hochgeehrten Chef, Herrn Director Dr. Klinke, spreche ich für die Erlaubniss obiger Versuche meinen besten Dank aus.

Nachtrag.

Mescalinum sulfuricum (E. Merck) lässt sich auch subcutan anwenden, nur muss die (wässrige) Lösung bei der Injection warm sein, da in der erkaltenden Lösung das Alkaloid ausfällt. Subcutane Dosen von 0,1 bis 0,15 sind meist ohne nennenswerthe Wirkung. Erst bei 0,15 beginnen die Visionen, aber da noch schwach, aufzutreten. Die Magenbeschwerden und sonstigen lästigen Nebenerscheinungen sind bei dieser subcutanen Anwendung sehr gering oder fehlen ganz. Jedenfalls eignet sich das Mescalin besser zum Versuch als das alcoholische Extrakt der Frucht.

Mittheilungen.

— **Die siebente Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen** findet am Freitag, den 20. Oktober 1905, in Bremen statt.

(Am 19. Oktober, von $8^1/_2$ Uhr ab zwanglose Zusammenkunft im Octogon des Künstlervereins an der Domsheide.)

$10^1/_2$ Uhr Sitzung im St. Jürgenasyl in Ellen. (Abfahrt $^3/_4$9 Uhr von Hillmanns Hotel.)

Vorträge: Herr Nonne-Hamburg: 1. Demonstration eines Skeletts von Osteoarthritis ankylopoetica. 2. Demonstration zur Lehre von den familiairen parasyphilitischen Erkrankungen. Herr Siemerling-Kiel: Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen. Herr Dräseke-Hamburg: Zur vergleichenden Rückenmarksanatomie. Herr Cimbal-Altona: Aufgaben und Einrichtungen der psychiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern und der Stadtasyle. Herr Bolte-Ellen: Uneheliche Herkunft und Degeneration. Anmeldungen zur Teilnahme an der Versammlung werden an Herrn Dir. Dr. Delbrück und Herrn Dr. Bolte in Ellen bei Hemelingen erbeten.

— Die diesjährige Versammlung der **südwestdeutschen Irrenärzte** wird am 4. und 5. November in Karlsruhe stattfinden. Vorträge sind bis spätestens 10. Oktober an Herrn Prof. Dr. Nissl (Heidelberg), oder Herrn Dr. Neumann (Karlsruhe) anzumelden.

Referate.

— Dr. jur. F. Auer: Zur Psychologie der Gefangenschaft. München. C. H. Beck 1905. 138 S.

Auer hat Eigenberichte von entlassenen Gefangenen über die Wirkung der Haft (Untersuchungsgefängniss und Zuchthaushaft) auf Geist und Körper gesammelt. Er sucht auf diesem Wege nach „greifbarem Material zur Lösung des Problemes der Freiheitsentziehung.“ Verf. ist sich klar über die Mängel seiner Untersuchungsmethode und verwahrt sich gegen die Zumuthung einer Identificirung seiner (des Verf.) Anschauungen mit den in diesen Berichten niedergelegten.

Auf vieles Besserungsfähige in der Strafrechtspflege wird in diesen Mittheilungen die Aufmerksamkeit gelenkt — so auf das Entwürdigende der öffentlichen Gefangenentransporte, auf die Unmöglichkeit einer Verjährung der einmal verbüssten Strafe, auf die fehlende Individualisirung in der Zutheilung der Arbeit und mehreres andere. Um aber aus diesen Berichten brauchbare Unterlagen zu Reformvorschlägen zu gewinnen, bedarf es einer vorsichtigen, streng kritischen Sichtung. Diese Mittheilungen haben durchgehends eine deutlich subjective Färbung. Die meisten der Einsender erblicken schon in dem ihnen zuerkannten Maass der Strafe eine Ungerechtigkeit, einige konstatiren an sich selbst das Fehlen einer verbrecherischen Anlage etc. In vielen Punkten lauten die Angaben sehr widersprechend — so in Bezug auf die Einwirkung der Einzelhaft, auf den Fluchtdrang etc. Allgemein sind die Klagen über die Kost und über die Barschheit der Angestellten. Das sind Klagen, die dem vorurtheilsfreien Leser nicht unerwartet kommen werden, die aber auch wohl einer objectiven Nachprüfung bedürfen.

Verf. stellt eine Fortführung seiner Umfragen und nach Erlangung eines hinreichenden Materiales eine Bearbeitung der Einsendungen in Aussicht.

Der von Auer bei der Untersuchung dieser zeitgemässen Fragen angewandten Methode kann man trotz der ihr anhaftenden Mängel ihre Berechtigung nicht absprechen. Horstmann.

— Stewart Paton, Med. D. associate in Psychiatry, John Hopkins University, Baltimore; Director of the Laboratory, the Sheppard and Enoch Pratt Hospital, Towson, Maryland: Psychiatry, a textbook for students and physicians. 618 Seiten. Philadelphia and London. J. B. Lippincott Company 1905.

Das neue amerikanische Lehrbuch bespricht nach den einleitenden Ausführungen über das Wesen der Geistesstörungen die allgemeine Symtomatologie: Störungen des Urtheils und Intellekts, der Intensität und Richtung der geistigen Processe, dann Auffassungsstörungen, Bewusstseinsstörungen, ferner Defekte des Gedächtnisses, der Orientirung und der Associationen, Willensstörungen, Alterationen der Gefühlssphäre und schliesslich die sittlichen Defekte. Vielleicht würde es sich mehr empfehlen, die Auffassung als Aus-



gangspunkt der Erörterung zu wählen, nicht die komplizirteren Funktionen des Urtheils. Sodann werden die Untersuchungsmethoden, Therapie und Aetiologie behandelt.

Die klinischen Gruppen sind folgende: Entwicklungsstörungen, Antointoxikationen, chronische Vergiftungen, thyreogene Störungen, manischdepressive Gruppe, Dementia praecox, Paralyse, Epilepsie, Hysterie, Neurasthenie und Psychasthenie, organisch bedingte Störungen: Tumor, Arteriosclerose, Hämorrhagie, Thrombose, Lues usw.; Paranoiagruppe, senile Störungen.

Wie sich aus dieser Gliederung ergibt, folgt der Autor vorwiegend Einflüssen, die von seiten der deutschen Psychiatrie ausgehen. Es ist anzuerkennen, dass er sich auch um die Berücksichtigung der deutschen Litteratur, Einzelwerke wie auch Zeitschriften, eifrig bemüht. Das Buch ist durch eine Reihe anschaulicher Illustrationen ausgezeichnet, von denen die Zellbilder aus der Paralyse besonders hervorgehoben seien. Zur Einführung in die Psychiatrie wird das Werk seinen Lesern treffliche Dienste leisten können. Weygandt.

— Th. Lipps, Leitfaden der Psychologie, Leipzig, W. Engelmann, IX. und 349 S. M. 8, geb. M. 9.

Zu den hervorragendsten Vertretern des sogen. Psychologismus, jener Richtung der Philosophie, die in der Psychologie die Basis aller übrigen philosophischen Disciplinen sieht, gehört der Münchener Ordinarius. Im vorliegenden Werke bietet er uns eine neue Bearbeitung seiner Gedanken, wie sie uns in den „Grundthatsachen des Seelenlebens Bonn 1883", und in Artikeln vorliegen, die in verschiedenen Zeitschriften zerstreut sind. Den beiden einleitenden Kapiteln „Grundlegung" und „Apperception" folgen nach alter Dreitheilung „Erkentniss, Wille, Gefühl". Besondere Aufmerksamkeit erheischen die psychischen Zustände. Unter ihnen werden die pathologischen Erscheinungen, soweit es in Verbindung mit der unmittelbaren psychologischen Erfahrung angezeigt erscheint, zur Erklärung des Seelenlebens herangezogen. Dass schwierigeren Kapiteln ein Sternchen vorgesetzt ist, ermöglicht auch Vorgeschrittenern sich des Leitfadens mit grossem Nutzen zu bedienen. Meyer.

— Dr. Hans Stoll, Badearzt in Bad Nauheim. Alkohol und Kaffee in ihrer Wirkung auf Herzleiden und nervöse Störungen. Leipzig 1905. Benno Konegen. 0,50 M., 30 S., II. Auflage.

In gemeinverständlicher Form alles Wissenswerthe enthaltend, was zur Zeit über diese „Kulturgifte" bekannt ist. Am besten gefallen hat uns die Auffassung, dass die Abstinenzbewegung sich nicht einseitig nur gegen die geistigen Getränke richten darf, sondern auch gegen Kaffee und Thee ankämpfen muss.

— Dr. Mensinga, Flensburg-Reichenhall. Vom Sich-in acht-nehmen. (congressus interruptus.) Neuwied und Leipzig 1905. Heusers Verlag. 68 S. M. 2—.

In „originellen" Worten geschriebene Broschüre über den „Zwangsverkehr", vom Verf. auf Grund 45jähriger Praxis beobachtet, an Beispielen voller Einseitigkeit angeblich bewiesene „nackte Wahrheit" und schliessend mit — man staune — einer Empfehlung des Dr. M's. Pessars.

— Busk, A case of Huntington's chorea with autopsy. Med. Rep. of the Sheppard a. Enoch Pratt Hospital. Vol. I, 1903, S. 86.

Schon die Mutter der Pat. hatte an chronischer Chorea gelitten. Bei ihr selbst stellten sich im Alter von 44 Jahren choreatische Bewegungen ein, die sich allmählich auf die Muskeln des ganzen Körpers erstreckten. Die Extensoren waren an den Armen weniger, an den Beinen mehr betheiligt als die übrige Musculatur. Patellarsehnenreflexe lebhaft. Nach 7 Jahren stellten sich psychische Symptome ein; Pat. verblödete rasch. Tod an Furunkulose. Im Centralnervensystem fand sich diffuse Vermehrung der Neuroglia, besonders in den tieferen Schichten der Rinde. Ausserdem waren die pericellulären Räume ausgefüllt mit theils kleinen dunkel gefärbten, theils grösseren Zellen, so dass man den Eindruck von Herdlaesionen bekam. Nach Ansicht des Verf. handelt es sich aber um secundäre Wucherung der Gliazellen. Die Gefässe zeigten stellenweise eine Verdickung der Adventitia. Die Ganglienzellen waren zum Teil atrophisch. Die motorische Zone und die Centralwindungen waren am stärksten betroffen. In der Peripherie des Rückenmarkes diffuser Faserschwund. In den Spinalganglien Proliferation der Zellen der Kapsel und Atrophie der Ganglienzellen. Auch in den peripheren Nerven war das Bindegewebe vermehrt. Schütte-Osnabrück.

Personalnachrichten.

— **Schweiz.** Zum Direktor der thurgauischen kantonalen Irrenanstalt in Münsterlingen an Stelle des ausscheidenden Herrn Direktor Dr. Frank ist vom thurg. Regierungsrate Herr Dr. Brauchli, gegenwärtig Direktor des kantonalen Asyls in Bellelaye, Kanton Bern, gewählt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 28. 7. Oktober. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz

nebst einigen Bemerkungen über die Versorgung der Geisteskranken in den grösseren Städten Deutschlands.

Von Dr. med. *Emil Höfler*, Oberarzt der Anstalt.

Die Errichtung einer eigenen, selbständigen Anstalt für Geisteskranke in Chemnitz hängt so eng mit den Plänen für die übrigen Krankenanstalten zusammen, dass es unerlässlich erscheint, ganz kurz auch diese letzteren zu berühren.

Das schnelle Wachsthum der Stadt von 140000 Einwohnern im Jahre 1892 auf 243000 im Jahre 1905 brachte es mit sich, dass an eine Erweiterung des städtischen Krankenhauses, welches für etwa 300 Kranke gebaut war, gedacht werden musste.

Im Jahre 1902 wurde beschlossen, ein neues grosses allgemeines Krankenhaus, etwa nach dem Muster von Nürnberg, vor der Stadt, im Küchwalde zu errichten, berechnet für 1000 Betten, mit einem Aufwand von 5—6 Millionen.

Im Anschluss hieran sollten, wie in Hamburg-Eppendorf, die Geisteskranken in einem „Deliranten-haus" untergebracht werden.

Der Plan des Neubaues musste jedoch, nachdem inzwischen die wirtschaftliche Depression eingetreten war, die natürlich Chemnitz mit seiner Maschinen- und Textilindustrie besonders schwer traf, aufgeschoben werden; es wurde auf dem Areal des alten Hauses ein Operationshaus mit Pavillon für chirurgische Kranke neu zu errichten beschlossen.

Dann wurde der Beschluss gefasst, für die Geisteskranken besonders zu sorgen, und sie ganz aus dem Verbande des Krankenhauses zu lösen; es erschien dies um so dringlicher, als inzwischen infolge des Wachstums der Stadt gerade das Haus für Geisteskranke besonders überfüllt war. Auch war unterdess in der Schrift von Dannemann über Stadtasyle*) Chemnitz besonders ungünstig beurtheilt worden.

*) Halle a. S., C. Marhold, 1901.

Der Initiative des Herrn Oberbürgermeisters Dr. Beck ist es zu danken, dass sofort und energisch an die Abstellung dieser Übelstände herangetreten wurde, und mit grossem Verständniss haben die städtischen Collegien die erforderlichen, nicht unbeträchtlichen Mittel bereitgestellt.

Verfasser wurde beauftragt, in Gemeinschaft mit Herrn Stadtbaurat Moebius, geeignete Planungen vorzulegen.

Hierbei kamen verschiedene Momente in Betracht, die gerade die sächsischen Grossstädte gemeinsam haben.

In den letzten Jahren häuften sich nämlich die Schwierigkeiten der Unterbringung von Geisteskranken in die sächsischen Landesanstalten.

Während früher das „Nebenhaus V" auf dem Areale des Stadtkrankenhauses mit 40 Betten genügt hatte um die Geisteskranken zu „verwahren", bis sie in den Landesanstalten Unterkunft fanden, wurde dies später immer schwieriger.

Die Landesanstalten waren auch überfüllt, die Landstände nicht geneigt, Mittel zum Baue neuer zu bewilligen: so wurden aus den Landesanstalten alle nicht direkt unruhigen und gemeingefährlichen wieder entlassen und zwar in erster Linie die der 3 grossen Städte des Landes; ausserdem wurde der bis dahin allerdings sehr niedrige Verpflegsatz für die in den Anstalten Verbleibenden erhöht. So kam es, dass, nachdem Dresden seine Geisteskranken im Irrensiechenhause (Ganser) selbst versorgte, nachdem auch Leipzig durch die Errichtung von Dösen (Lehmann) denselben Weg beschritt, nun auch Chemnitz sich zur weitergehenden Fürsorge für diese Kranken entschliessen musste.

gangspunkt der Erörterung zu wählen, nicht die komplizirteren Funktionen des Urtheils. Sodann werden die Untersuchungsmethoden, Therapie und Aetiologie behandelt.

Die klinischen Gruppen sind folgen[...]
lungsstörungen, Antointoxikation[...]
giftungen, thyreogene Störung[...]
Gruppe, Dementia praecox, P[...]
terie, Neurasthenie und Psyc[...]
dingte Störungen: Tumor,
rhagie, Thrombose, Lues [...]
Störungen.

Wie sich aus diese[...]
Autor vorwiegend F[...]
deutschen Psychiatri[...]
dass er sich auch
schen Litteratur,
eifrig bemüht.
schaulicher I[...]
die Zellbild[...]
hoben sei[...]
das We[...]
könne[...]

—

Lei[...]
ge[...]

tus.) Ne[...]
68 S[...]

Plan I.



Wenn auch von vornherein der neuen Anstalt der Charakter einer Durchgangsstation verbleiben sollte, so musste doch vorgesehen werden, wenigstens die heilbaren Kranken endgültig zu behalten, eventuell sogar ruhige unheilbare längere Zeit zu verpflegen.

Es musste deshalb Platz für etwa 100—120 Kranke beschafft, und auch den länger verbleibenden Kranken die Möglichkeit der Beschäftigung im Freien und im Hause gewährt werden.

In geradezu idealer Weise für diese Zwecke geeignet erscheint das von den städtischen Collegien zur Verfügung gestellte Areal, das ehemalige Aurich'sche, jetzt der Stadt gehörige Gut, in Vorstadt Hilbersdorf gelegen, 3 Minuten von der Endstation der Strassenbahn entfernt, von der aus in 15 Minuten das Centrum der Stadt zu erreichen ist.

Der Platz, von Nord nach Süd abfallend, im Osten und Süden in nächster Nähe an die städtischen Waldungen angrenzend, umfasst 55000 qm.

Die der Verwaltung und Wirthschaftszwecken dienenden Räume konnten durch Umbau der schon vorhandenen Gutsgebäude gewonnen werden; so wurde ein ehemaliges Wohnhaus als Verwaltungsgebäude mit Wohnung des Inspektors, ein anderes Wohnhaus mit angrenzendem Kuhstall zu Koch- und Waschküche umgeändert. (Siehe Plan I.)

In der Richtung von Nordost nach Südwest wurden nun 28 Meter von einander entfernt 2 zweigeschossige Krankenpavillons errichtet; jeder in der Länge von 64 Meter, und zwar je einer für Männer und Frauen. (Siehe Plan I.)

Jeder Pavillon gleicht dem andern im Grundriss fast ganz; nur enthält das Frauenhaus im Erdgeschoss des südlichen Kopfbaues die Räume für den Oberarzt. (Siehe Plan II.)

Das Erdgeschoss jedes Hauses ist für die unruhigen, sogenannten überwachungsbedürftigen, das Obergeschoss für die ruhigen Kranken bestimmt.

Jedes Geschoss enthält zunächst 3 Säle zu je 8 Betten, die im Erdgeschoss als Wachsäle benutzt werden; dem mittleren Saal ist vorgelagert eine sogenannte Anrichteküche, den beiden andern je eine Loggia, in der Betten und Liegestühle stehen können.

Getrennt sind die Säle von einander durch geräumige Bade- und Waschzimmer; vor diesen liegt je ein Aufenthaltsraum.

Unmittelbar zugängig von jedem Saal aus ist ein Closet und ein Raum für reine Wäsche.

Nach Norden und nach Süden grenzt an die beiden äusseren Wachsäle ein Einzelzimmer, mit Schiebethür zu schliessen.

Isolierräume, Zellen etc. sind nicht vorhanden. An den Mittelbau mit seinen 3 Wachsälen schliesst sich nach Nord und Süd je ein Kopfbau, getrennt durch einen, auch den Eingang enthaltenden Querflur, der im Frauenhause, wie schon erwähnt, die Räume für den Oberarzt, ein Conferenzzimmer, ein Arbeitszimmer, ein Wartezimmer und ein Closet, sowie eigenen Zugang enthält. Sonst enthalten die Kopfbauten die Räume für die Kranken erster Verpflegungsklasse und zwar 2 Schlafzimmer, nach Ost und West gelegen, ein Closet, ein Badezimmer, einen gemeinschaftlichen Aufenthaltsraum mit anschliessender Loggia.

In den oben erwähnten, Wachsäle und Kopfbau trennenden Querflur mündet ein Raum für unreine Wäsche, ein Wärtercloset, ein ärztliches Untersuchungszimmer. Der Vorraum selbst dient zugleich als Licht- und Lüftungsflur und als Reinigungsraum sowie Aufbewahrungsraum für Schuhe, Hüte etc. der aus den Gärten kommenden Kranken.

Von der Treppe direkt zugängig ist auf jeder Seite noch ein Pflegerzimmer.

Die ersten Obergeschosse sind genau gleich eingerichtet; nur wird der mittlere Saal nicht, wie auf dem Plan bezeichnet, als Schlafsaal, sondern als grosser, direkt mit der Loggia verbundener Wohnraum benutzt; denn der Raum, der unten als Küche dient, ist oben als Loggia ausgebaut, und die Küche ist nur durch einen Speisenaufzug mit dem Obergeschoss verbunden.

Die unten als Aufenthaltsräume benutzten Zimmer dienen dann oben als Schlafräume.

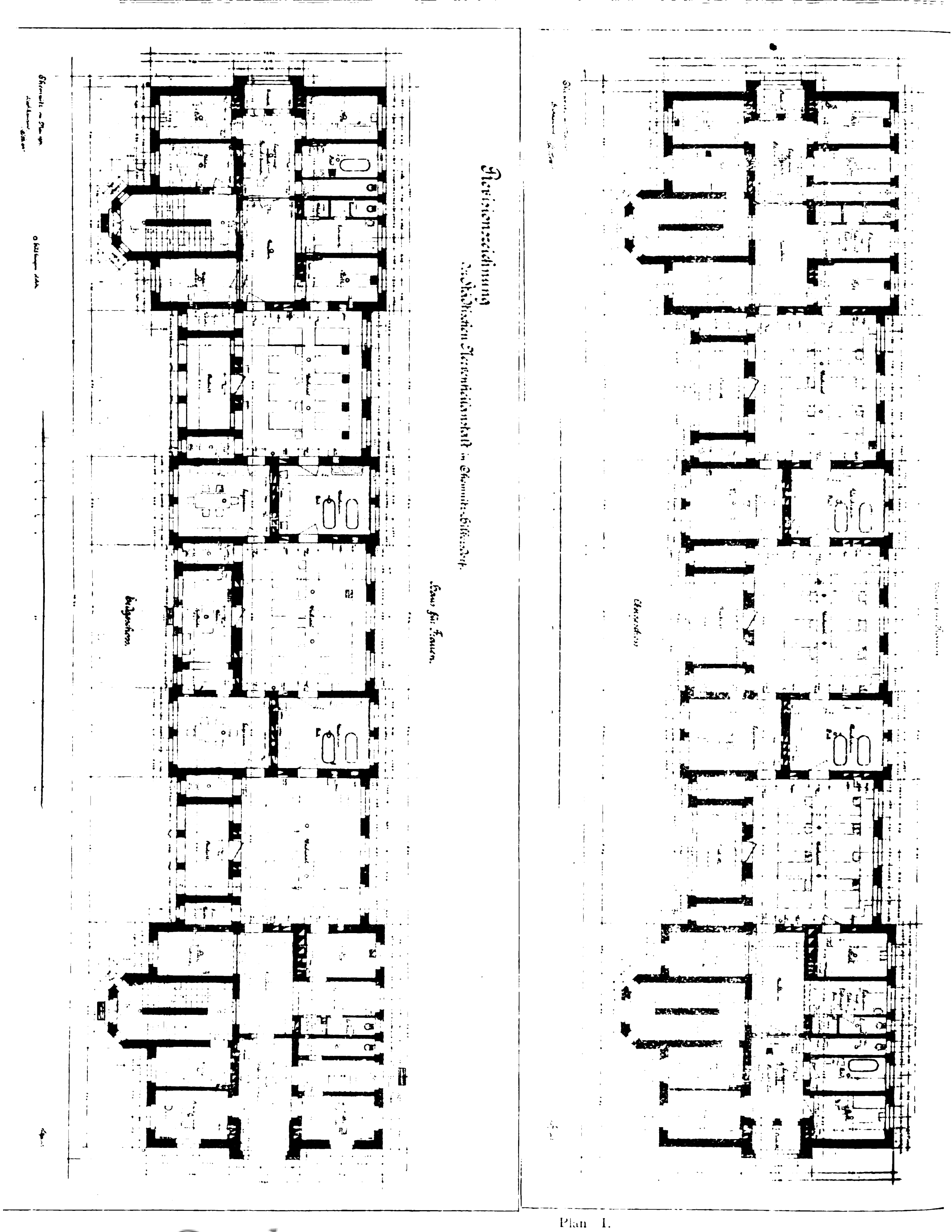
Das zum grossen Theil ausgebaute Dachgeschoss dient als Wohnung für das Personal, und zwar hat jede Pflegeperson ein eigenes, heizbares, elektrisch zu beleuchtendes Zimmer; die Kopfbauten enthalten im Frauenhaus nach Norden die Wohnung der Oberpflegerin, nach Süden Wohnungen und eigenes Speisezimmer für die Aerzte, im Männerhaus nach Norden die Wohnungen des Oberpflegers. Die Wohnungen des Oberpflegers und der Oberpflegerin sind Familienwohnungen.

Ausserdem befinden sich oben noch Trockenböden und Vorrathsräume, im Männerhaus eine Schneiderwerkstatt und eine Schusterwerkstatt.

Wie ersichtlich, wurde ein besonderer Werth auf reichliche Nebenräume gelegt.

Die sogenannten ärztlichen Untersuchungszimmer dienen verschiedenen Zwecken. Das im Erdgeschoss des Frauenhauses nach Süden gelegene ist mit Verdunkelungseinrichtung und vollständiger Einrichtung





Plan I.

für Galvanisation, Faradisation und Endoskopie versehen; das darüber gelegene ist als gynaekologisch-chirurgisches Zimmer ausgestattet, mit Untersuchungstisch, Instrumentenschrank etc. Es enthält auch einen Sterilisierapparat. Die beiden nördlichen Zimmer dienen zur Zeit als Besuchszimmer. Alle natürlich dienen bei Bedarf als Räume zur ungestörten Untersuchung und Exploration von Kranken. In je einem Zimmer in beiden Pavillons befindet sich auch eine Personenwage.

Im Männerhaus sind von den beiden ärztlichen Zimmern das eine als mikroskopisch-chemisches Laboratorium ausgestattet, das andere als chirurgisches und Verbandzimmer. Die beiden Zimmer im Erdgeschoss dienen nebenbei auch als Besuchszimmer.

Im 2. Obergeschoss befindet sich eine allen neueren Ansprüchen entsprechend eingerichtete photographische Dunkelkammer.

In den Kellergeschossen befindet sich je eine Heizanlage mit 3 Niederdruck-Dampfkesseln und 2 Warmwasserbereitern für die Dauerbäder und Waschräume, die Frischluftkammern und der Lüftungsgang, ausserdem Baderäume für Aerzte und Pfleger, sowie Brause- und Fussbäder für die im Garten beschäftigten Kranken; endlich ein Raum für die Strohflechterei.

Ausserdem hat je ein Ventilator dort Aufstellung gefunden, mit dessen Hilfe der gesammte Pavillon oder auch einzelne Räume besonders gelüftet werden können.

Ganz besonderer Dank gebührt dem Leiter des städtischen Hochbauamtes, Herrn Stadtbaurath Möbius und Herrn Stadtbaumeister Luthardt, die in bereitwilligster Weise allen von ärztlicher Seite geäusserten Wünschen gerecht geworden sind.

Die äussere Ausstattung der Gebäude ist eine sehr gefällige. Die rothen, reich gegliederten Ziegeldächer, die mit Kupfer gedeckten Thürmchen, in denen die Ventilationsschächte ausmünden, die Loggien, die alle nunmehr mit Blumenbrettern und blühenden Pflanzen geschmückt sowie mit elektrischer Beleuchtung versehen sind, das reich verzierte Balkenwerk, die verschiedenfarbig gehaltenen Wandflächen der Gebäude auf dem granitenen Sockel bieten ein ausserordentlich lebendiges Gesammtbild, das in nichts an eine Irrenanstalt erinnert, eher etwa an ein modernes Kurhaus in einer guten Sommerfrische.

Was die innere Einrichtung anbelangt, so wurde auch hier wohl nicht ohne Erfolg dahin gestrebt, einen möglichst freundlichen Gesammteindruck zu erzielen.

Der Fussboden in den Wachsälen und Zimmern ist Eichenriemenfussboden in Asphalt verlegt, ein Linoleumläufer liegt an der Westseite der Säle entlang, vor jedem Bett eine Linoleumvorlage, in Baderäumen, Aborten, Corridoren und Treppen Terrazzo. Die Wände sind bis über Manneshöhe mit farbigem Kreidespachtelüberzug mit Emailleanstrich versehen, darüber helle Leimfarben, mit bunten Friesen; auch die Holzteile, insbesondere Thürgewände sind mit Malereien in blau, grün, rotbraun mit aufschablonierten weissen Verzierungen geschmückt. Alle Winkel sind gerundet.

Die Fenster entbehren alle der eisernen Gitter, im Erdgeschoss besteht die Verglasung der unteren Flügel aus 10 mm starkem Siemens'schen Hartspiegelglas, ein breiter mittlerer Flügel ist fest, jedoch mit Dorn zu öffnen, die seitlichen Flügel sind Drehflügel, die geöffnet nur je 11 cm Ceffnung lassen, von den Kranken selbst zu öffnen. Sie können jedoch auch mit Dorn verschlossen werden; als Querschnitt der Dorne wurde 1/4 Kreissektor gewählt. Weisse Vorhänge, kleine Scheibengardinen gestalten die Fenster noch freundlicher.

Als Beleuchtungskörper wurden Nernstlampen gewählt, je 2 für die Wachsäle, ausserdem eine Glühlampe mit grünem Schirm für die Nachtbeleuchtung; die übrigen Räume enthalten theils „Nernst"-, theils Glühlampen.

Die Schaltdosen wurden in kleinen in der Wand versenkten, mit Dornverschluss zu schliessenden Kästchen untergebracht.

Dic Betten sind mit elfenbeinfarbigem Emailleanstrich versehen, das Bettzeug und die Wäsche weiss. Blech- und Emaillegeschirr ist vermieden; die Kranken bekommen Kaffee, Frühstück etc. in gutem Steingutessgeschirr.

Wäsche und Geschirr sind bei den Männern mit blauer, bei den Frauen mit rother Verzierung versehen; auch die Umschläge der Krankengeschichten und die sonstigen Bücher, auch die Zählkarten sind für Männer blau, für Frauen roth gezeichnet oder gefärbt.

Ausserdem finden sich in den Sälen Ecksitzbänke, in den Aufenthaltsräumen auch neben Tischen Sitzbänke mit Linoleum belegt und für jeden Kranken ein Schränkchen.

Als Wandschmuck dienen zahlreiche einfache, dem Charakter der Räume angepasste Bilder, Künstlersteinzeichnungen. Eine grosse Anzahl Vasen mit frischen Blumen sowie Blumentische tragen zum äusseren Schmucke noch bei.

In den Wachsälen der Erdgeschosse befinden sich an der Wand fest angebracht 2 Wachstechuhren, die so eingerichtet worden sind, dass ein elektrisches Glockenzeichen im Zimmer des Oberpflegers, beziehentlich der Oberpflegerin ertönt, wenn eine Minute



Plau III. Anstalt von Süden gesehen.



nach dem vorgeschriebenen Zwischenraum (10 oder 15 oder 20 Minuten) aus irgend einem Grunde nicht gestochen wurde. Diese Controllvorrichtung ist natürlich abstellbar.

Ausser dem Oberarzte sind zwei Assistenzärzte in der Anstalt thätig; was das Personal anlangt, so haben wir ausser einem Oberpfleger und einer Oberpflegerin auf je vier Kranke eine Pflegeperson.

Der Nachtdienst ist so eingerichtet, dass im Erdgeschoss je zwei Dauerwachen sich befinden, von denen die eine im ersten Wachsaal ständig anwesend ist, wogegen die andere im dritten Saal befindliche alle 10 Minuten durch das erste Obergeschoss geht, in dem eine Schlafwache sich befindet.

Die Nachtwachen sind so vertheilt, dass vier Wochen lang dieselbe Pflegeperson täglich von acht Uhr Abends bis sechs Uhr früh wacht.

Regelmässige Wägungen dienen zur Controlle. Sie ergeben, wie nebenbei bemerkt sei, dass zu Anfang meist ein geringer Gewichtsverlust, dann wieder Zunahme, oft sogar über das Anfangsgewicht hinaus, eintritt. Die Nachtwachen sind beim Pflegerpersonal sehr beliebt; oft wird der Wunsch geäussert, einen weiteren Monat wachen zu dürfen.

Was die Behandlung selbst anlangt, so stehen Bettbehandlung, Dauerbäder, ev. Packungen in erster Linie. Sehr viel benützen wir die Loggien zur Liegekur; im übrigen stehen ausgedehnte, durch Herrn Gartendirektor Werner mit grossem Verständniss angelegte Gartenanlagen zur Verfügung, mit Laubengängen, in denen Tische und Bänke sich befinden; hier nehmen die Kranken bei gutem Wetter ihre Mahlzeiten.

Ferner ist ein kleiner Turnplatz mit Reck, Barren, sowie ein Kegelschub vorhanden; für die Frauen besonders ein Ballspiel, ein Ringwurfspiel, auch ein Schleuderball.

Dann bieten weiterhin die Gartenanlagen ausgedehnte Gelegenheit zur Beschäftigung. Erdbeeren, Gemüse und Beerenobst, auch Kraut und Kartoffeln sind sehr reichlich angepflanzt, und hauptsächlich die Männer benützen die Gelegenheit, sich in frischer Luft auszuarbeiten, sehr gern. Irgend ein Zwang wird nicht geübt.

Die Pavillons und die Gemüsegärten sind durch ein zwei Meter hohes Drahtgeflecht, welches zugleich als Anhalt für Spalierobst und Rosen dient, abgeschlossen; männliche und weibliche Abtheilung sind nicht durch Gitter getrennt, auch nicht in den Gartenanlagen. Sogenannte „unruhige Gärten" waren erst vorgesehen, sie sind aber, da kein Bedürfnis vorliegt, nicht ausgebaut worden und sollen zu Promenadengärten verwandt werden.

Ausserdem ist nach der Chemnitz-Dresdener Chaussee die Anstalt durch ein geschmackvoll gebautes, auf niedrigem Mauersockel mit zwischenliegenden Pfeilern ruhendes Holzgitter abgetrennt.

Hohe Mauern sind durchweg vermieden.

Weitere Gelegenheit zur Beschäftigung, von der wir ausgedehntesten Gebrauch machen, bietet den Frauen Kochküche, Waschküche, Nähstube, Mangelstube, den Männern Strohflechterei; fernerhin haben wir neuerdings eingerichtet eine Schuhmacherwerkstelle, eine Schneiderwerkstelle und demnächst in Betrieb genommen soll werden eine kleine Mineralwasserfabrik, in der kohlensaures Wasser und Brauselimonaden unter Verwendung der aus dem Beerenobst gewonnenen Fruchtsäfte hergestellt werden sollen. Ferner wird jetzt gebaut ein Gewächshaus (Warmhaus und Kalthaus) und Frühbeetanlagen, um auch im Winter Kranke in geeigneter Weise beschäftigen zu können. Zur Unterhaltung der Kranken bei ungünstigem Wetter dient ein Grammophon, das viel Vergnügen bereitet, ferner zahlreiche Gesellschaftsspiele, die fleissig benutzt werden. Die Abfälle der Speisen werden zur Auffütterung von Schweinen verwendet, von denen wir zur Zeit zehn besitzen, theilweise werden sie auch von Kranken versorgt.

(Schluss folgt.)

Drei Psycho-Analysen von Zahleneinfällen und obsedirenden Zahlen.

Von Dr. *Alf. Adler*, Wien.

In seiner „Psychopathologie des Alltagslebens" hat Freud unter Anderem die Thatsache aufgedeckt, dass auch eine „gedankenlos hingeworfene" Zahl sich als determiniert erweist. Das zum Beweise angeführte Beispiel zeigt, wie tief ins Seelenleben die Analyse einer solchen Zahl hineinführt. Aus den Betrachtungen, die Freud an diesen Fund knüpft, sei hervorgehoben: 1. die Sicherheit, mit der sich die Analyse abwickelt, 2. die Neigung zum Aberglauben, die hinter den mathemathischen Gedankenoperationen des Unbewussten unschwer zu entdecken ist.

Andere Analysen von scheinbar willkürlich ge-

wählten Zahlen sind mir nicht bekannt geworden. Ich konnte aber beobachten, dass dieser Punkt der Freud'schen Mittheilungen zu den bestrittenen zählt. Durch die folgenden drei Analysen bin ich nun in der Lage, das zugehörige Material zu vermehren. Zwei dieser Fälle verdanke ich durchaus gesunden Personen, die selbständig, ohne jegliche Methode, ihre Autoanalysen durchgeführt haben, anknüpfend an eine selbstgewählte Zahl. Man wird ihrem Gedankenablauf, trotzdem er sich „spielend" vollzog, eine hervorragend genetische Gruppierung nicht absprechen können. Ebenso auffallend ist die doppelte Form des Widerstandes, der sich bei fortschreitender Analyse geltend macht, das eine Mal vordringlich und fühlbar, so dass ihn der Gedanken Spinnende leicht erkennt und abweist, das andere Mal maskirt, im Gewande theoretischen Einwurfs, durch welchen beim Hörer der Glaube an eine festgefügte Zusammengehörigkeit von Zahl und Deutung erschüttert werden soll. Zuletzt freilich überwiegt die Fülle und Bedeutung des blossgelegten Materials alle kritischen Bedenken und richtet die ganze Aufmerksamkeit der Versuchsperson auf sich.

Man kann dieser „Spielerei" durchaus nicht jeden Nutzwerth absprechen. Die Aufschlüsse über das eigene Seelenleben sind beträchtlich genug, und in beiden Fällen ist die Erwartung gerechtfertigt, dass die hilflosen Spielzeuge von üblen Launen und Verstimmungen sich zu bewussten Bekämpfern oder Duldern eines auferlegten Geschickes erheben. Geradezu in die Augen springend ist der Werth der Zahlenanalyse im dritten Falle, der uns das Bild einer hysterischen Angstneurose mit einer Zahlenphobie bietet. Trotz weitestgehender Besserung, trotz Verschwindens der quälenden, beängstigenden, nervösen Gefühle erhält sich die Phobie einer bestimmten Zahl, bis auch deren Bedeutung von mir in einer Analyse klargestellt und sie als Ueberbau über den gleichen unbewussten Regungen erkannt wurde, die auf einem andern Wege zu den oben erwähnten nervösen Gefühlen und Angstvorstellungen geführt hatten.

Ich theile nun die beiden Autoanalysen mit, wie sie mir zugekommen sind, während ich die dritte von mir angestellte Analyse meinen Aufzeichnungen entnehme:

I. Fall.

A. schreibt mir: „Gestern abend habe ich mich über die ‚Psychopathologie des Alltags' hergemacht und ich hätte das Buch gleich ausgelesen, wenn mich nicht ein merkwürdiger Zwischenfall gehindert hätte. Als ich nämlich las, dass jede Zahl, die wir scheinbar ganz willkürlich ins Bewusstsein rufen, einen bestimmten Sinn hat, beschloss ich, einen Versuch zu machen. Es fiel mir die Zahl 1734 ein. Nun überstürzten sich folgende Einfälle: 1734 : 17 = 102; 102 : 17 = 6. Dann zerreisse ich die Zahl in 17 und 34. Ich bin 34 Jahre alt. Ich betrachte, wie ich Ihnen, glaube ich, einmal gesagt habe, das 34. Jahr als das letzte Jugendjahr, und ich habe mich darum an meinem letzten Geburtstag sehr miserabel gefühlt. Am Ende meines 17. Jahres begann für mich eine sehr schöne und interessante Periode meiner Entwicklung. Ich theile mein Leben in Abschnitte von 17 Jahren. Was haben nun die Divisionen zu bedeuten? Es fällt mir zu der Zahl 102 ein, dass die Nummer 102 der Reclam'schen Universalbibliothek das Kotzebue'sche Stück Menschenhass und Reue enthält.

Mein gegenwärtiger psychischer Zustand ist Menschenhass und Reue. Nr. 6 der U.-B. (ich weiss eine ganze Menge Nummern auswendig) ist Müllner's ‚Schuld'. Mich quält in einemfort der Gedanke, dass ich durch meine Schuld nicht geworden bin, was ich nach meinen Fähigkeiten hätte werden können. Weiter fällt mir ein, dass Nr. 34 der U.-B. eine Erzählung desselben Müllner, betitelt Der ‚Kaliber' enthält. Ich zerreisse das Wort in ‚Ka liber'; weiter fällt mir ein, dass es die Worte ‚Ali' und ‚Kali' enthält. Das erinnert mich daran, dass ich einmal mit meinem (6 jährigen) Sohn Ali Reime machte. Ich forderte ihn auf, einen Reim auf Ali zu suchen. Es fiel ihm keiner ein und ich sagte ihm, als er einen von mir wollte: ‚Ali reinigt den Mund mit hypermangansaurem Kali'. Wir lachten viel und Ali war sehr lieb. In den letzten Tagen musste ich mit Verdruss konstatiren, dass er ‚ka (kein) lieber' Ali sei.

Ich fragte mich nun: Was ist Nr. 17 der U.-B.? konnte es aber nicht herausbringen. Ich habe es aber früher ganz bestimmt gewusst, nehme also an, dass ich diese Zahl vergessen wollte. Alles Nachsinnen blieb umsonst. Ich wollte weiter lesen, las aber nur mechanisch, ohne ein Wort zu verstehen, da mich die 17 quälte. Ich löschte das Licht aus und suchte weiter. Schliesslich fiel mir ein, dass Nr. 17 ein Stück von Shakespeare sein muss. Welches aber? Es fällt mir ein: Hero und Leander. Offenbar ein blödsinniger Versuch meines Willens, mich abzulenken. Ich stehe endlich auf und suche den Katalog der U.-B. Nr. 17 ist ‚Macbeth'. Zu meiner Verblüffung muss ich konstatieren; dass ich von dem Stück fast gar nichts weiss, trotzdem es mich nicht weniger beschäftigt hat als andere Dramen Shakespeare's. Es fällt mir nur ein: Mörder, Lady Macbeth,

Hexen, »Schön ist hässlich«, und dass ich seinerzeit Schillers Macbethbearbeitung sehr schön gefunden habe. Zweifellos habe ich also auch das Stück vergessen wollen. Noch fällt mir ein, dass 17 und 34 durch 17 dividirt 1 und 2 ergiebt. Nr. 1 und 2 der U.-B. ist Goethes »Faust«. Ich habe früher sehr viel Faustisches in mir gefunden."

Es folgen nun einige theoretische Bedenken gegen die Annahme einer Determination der Zahl 1734, die ich hier übergehe, die auch trotz des Scharfsinns des Verfassers für den Leser auf den ersten Blick als verfehlt einzusehen sind. Hierauf fährt A. in seiner streng disponirten Auseinandersetzung fort, deren Aufbau lebhaft an die classischen Reden, etwa Ciceros, erinnert.

„Heute früh hatte ich freilich ein Erlebniss, das sehr für die Richtigkeit der Freud'schen Auffassung spricht. Meine Frau, die ich beim Aufstehen des Nachts aufgeweckt hatte, fragte mich, was ich denn mit dem Katalog der U.-B. gewollt hätte. Ich erzählte ihr die Geschichte. Sie fand, dass alles Rabulistik sei, nur — sehr interessant! — den Macbeth, gegen den ich mich so sehr gewehrt hatte, liess sie gelten. Sie sagte, ihr falle gar nichts ein, wenn sie sich eine Zahl denke. Ich antwortete: Machen wir eine Probe! Sie nennt die Zahl: 117. Ich erwiderte darauf sofort: »17 ist eine Beziehung auf das, was ich Dir erzählt habe. Ferner habe ich Dir gestern gesagt: wenn eine Frau im 82. Jahre steht und ein Mann im 35., so ist das ein arges Missverhältniss. Ich frozzle seit ein paar Tagen meine Frau mit der Behauptung, dass sie ein altes Mütterchen von 82 Jahren ist. 82 + 35 = 117."

A. knüpft daran noch einige Bemerkungen, die allgemein als seine schliessliche Billigung der Freud'schen Auffassung anzusehen wären. Leider ist dem A. die Synthese seiner Auseinandersetzungen nicht mehr gelungen. Aber ich meine, der aufmerksame Leser könnte sie errathen. Es handelt sich offenbar um Gedanken unbehaglicher Natur, die sich bei A. nach vollendetem 34. Jahr intensiv einstellen, Gedanken über die Flucht seiner Jahre, noch mehr der Jahre seiner Gattin. Bei dieser Ueberlegung scheint uns die rasche Auflösung der Zahl 117 zu unterstützen. Die Gattin dürfte ähnlichen Gedanken Raum gegeben haben, und A. trifft die Analyse mit solcher Zielbewusstheit, weil er „auch hinterm Ofen gesessen". In diesem Zusammenhang ist es durchaus wahrscheinlich, dass sich die Zahl 17 auf den als „blödsinnig" abgewiesenen Einfall „Hero und Leander" bezieht, den Vorzug des 17. Lebensjahres (s. die Worte des A. selbst) vor höherem Lebensalter auch beim Weibe hervorheben soll und demnach einem unterdrückten Wunsch des Verfassers Ausdruck verleiht. —

II.

Wir wenden uns zur zweiten Analyse. B. schreibt: „Ich lasse mir eine Zahl einfallen: 22 und beginne sofort, die weiteren Einfälle niederzuschreiben. Heute ist der 22te, mein Geburtstag. $2 \times 2 = 2 + 2$, das heisst, was immer ich auch unternehme, das Resultat ist das gleiche; ich kann gegen das Schicksal nicht ankämpfen. Oder auch: ‚es kann dir nichts geschehen!' Später fiel mir dann mein Vater und nach längerer Pause meine Mutter ein. Dies brachte mich auf den Gedanken, dass alle meine Fähigkeiten durch die Eltern bestimmt seien. Ferner fällt mir noch mein Bruder ein, von dem ich mir sage, er sei im Jahre 1882 geboren. Sofort erkenne ich hinter diesem Einfall den Wunsch, wir möchten in den Jahren nicht so weit auseinander sein, denn in Wirklichkeit ist mein älterer Bruder im Jahre 1881 geboren. Meine Mutter liebe ich mehr als meinen Vater. Ihn nenne ich deshalb sofort, wenn es gilt, jemandem mein Schicksal zur Last zu legen. Meinen Bruder stelle ich als Vorbild hin: so hätte ich werden sollen! (Ein früherer Wunsch von mir, so zu sein, wie mein älterer Bruder.) Meine Mutter fiel mir erst nach einer Pause ein; sie steht der Sache ziemlich ferne, sie entlaste ich also von der Schuld.

Hierauf fällt mir ein, dass alle Analysen bei einem Individuum auf das gleiche Centrum führen; und zugleich tauchen einige Jugenderlebnisse ziemlich deutlich auf, die ich übrigens sehr häufig visuell erinnert hatte. Ich schlief nämlich als Kind lange Zeit hindurch im Schlafzimmer meiner Eltern und belauschte ihren ehelichen Verkehr. Einige Male vernahm ich das Sträuben meiner Mutter und ergriff schon damals für sie Partei gegen den Vater. Eine ähnliche Scene mag meiner Geburt vorausgegangen sein, deswegen trägt mein Vater die Hauptschuld an meinem »Schicksal«.

Eine zweite Jugenderinnerung aus meinem siebenten Jahre taucht nun auf. Damals weihte mich ein Schulkollege meines Bruders in die Mysterien der Zeugung ein. Auf Grund dieser Unterweisung verstand ich, was ich im Schlafzimmer gehört hatte.

Derselbe Bursche verleitete mich einmal, ihm bei der Masturbation behilflich zu sein. Ein zweites Mal sah ich ihm zu. Wir waren bei diesen Scenen 2×2 gewesen (wir 2 Personen waren 2 mal dabei), wie beim normalen Verkehr, nur mit der Abänderung, als ob das Weib nicht wollte. So



musste ich zur Masturbation kommen, die sowie der Koitus das gleiche Resultat ergiebt: $2 \times 2 = 2 + 2$; aber der Process ist verschieden: die Multiplikation ist eine innigere Operation, die Addition mehr eine Aneinanderreihung."

Es folgt eine Erklärung, warum B. Masturbant wurde. Dann fährt er fort:

„Wäre mein Bruder im Jahre 1882 geboren, so hätte er vielleicht den Burschen nicht zum Kollegen gehabt, der mich verleitete.

Mein Taufnahme — Otto — ergiebt vor- und rückwärtsgelesen das Gleiche. Er hat 4 ($2 \times 2 = 2 + 2$) Buchstaben, jeden davon 2 mal. Die 2 Silben sind einander gleich, es sind 2 Pärchen, es bleibt kein Raum für ein aussenstehendes Weibchen übrig. Ich weiss auch, dass ich meinen Namen schon als ganz kleines Kind schreiben konnte, d. h. ich masturbirte schon frühzeitig. Der Name »Otto« erinnert lebhaft an den Ausdruck $2 \times 2 = 2 + 2$, es ist mir eben alles vom Schicksal bestimmt.

Nun fällt mir noch ein Mädchen ein, die mir nicht gleichgültig war und die mir gelegentlich einen andern Namen geben wollte. Unsere Wünsche blieben unerfüllt. Ich behielt den Namen Otto und liess nicht von der Masturbation.

Kurze Zeit später kam ich auf den Kern der Analyse: ich hatte mir in früheren Jahren häufig vorgenommen, an bestimmten Terminen, meist meinen Geburtstagen, die Masturbation aufzugeben. An dem Tage nun, an welchem ich mir die Zahl einfallen liess, waren, weil es wieder mein Geburtstag war, die Vorwürfe, dass ich nicht schon vor Jahren ein Ende gemacht habe, eben actuell. Die Zahl nun ist eine Antwort auf diese Vorwürfe meines Innern, eine Apologie, sie sagt:

1. ist ja die Masturbation dasselbe wie der Koitus ($2 \times 2 = 2 + 2$);

2. wenn das auch nicht der Fall ist, wenn sie selbst etwas Schädliches, Verwerfliches ist, so bin ich ja nicht schuld daran, denn ich bin ja durch Veranlagung und Jugendeindrücke dazu gelangt, dazu bestimmt ($2 \times 2 = 2 + 2$)".

III.

Die dritte Analyse musste ich nothgedrungen unternehmen bei einem Patienten C, der sich mir als langjähriger Nervenleidender wegen einer Steigerung seiner Beschwerden vorstellte. Er klagte über Gereiztheit, Angst, heftiges Herzklopfen, Furcht vor apoplektischem Insult und einem unheimlichen Würgegefühl, das sich seit längerer Zeit regelmässig beim Zähneputzen, aber auch ausser Haus zu bestimmten Zeiten und an bestimmten Orten einstelle und ihm das Leben verbittere. Dazu habe er seit Jahren eine zwangsartig auftretende Vorstellung, die Zahl 39, die er in eigenartiger Weise mit allem Unheil, das ihn treffen könnte, selbst mit seinem Tode in Verbindung bringe. Diese Zahl begegne ihm überall. Er sehe sie auf Tramway und Eisenbahn, in den Kaufpreisen von Geräthen und Kunstgegenständen. Er meide sie, wo er nur könne und würde kein Haus betreten noch einen Theatersitz acceptiren, die die Zahl 39 tragen. Wie er immer es aber anstelle, um sich dieser Zahl zu entziehen, immer wieder bringe sie ein unglücklicher Zufall vor seine Augen. —

Ich liess vorerst die Zahl 39 völlig unberücksichtigt und machte mich mangels jedweden objectiven Befunds an die Analyse der übrigen Krankheitserscheinungen. Die eigenartige Aetiologie dieser auf hysterischer Grundlage aufgebauten Symptome liess sich durch die Analyse feststellen und bestand in einer dem Patienten nie völlig bewusst gewordenen, niemals ausgeübten perversen Neigung, die nach einer Bethätigung der Mundparthie verlangte. Eine nachweisbare Schwäche der normalen Sexualität, verbunden mit gesteigerter Libido stand offenbar in Zusammenhang mit der Perversion. — Die Therapie dieses Falls bestand in dem Versuche, die Schwächung der normalen Sexualität zu beseitigen, und in der gänzlichen Aufhellung der perversen Regung, um das Bewusstsein des Patienten gegen die Perversion mobil zu machen. Meine Erwartung einer Besserung erfüllte sich insoferne, als Patient spontan angab, dass seine Beschwerden geringer, das Würgegefühl seit einiger Zeit gänzlich verschwunden sei.

Nun wollte ich an die Analyse der Zahl 39 gehen und hoffte zunächst, neue Quellen der neurotischen Symptome des Patienten zu entdecken. C., der schon ein wenig in der Analyse geschult war, brachte allein keinen Einfall zutage. Erst in der Ordination antwortete er nach anfänglichem Widerstande, es falle ihm ein, dass er sich ursprünglich vor der Zahl 69 gefürchtet habe, und dass diese Zahlenfurcht das erste Mal aufgetreten sei, als er bei einer hervorragend schönen Dame einen Besuch vorhatte. Ich sah, dass ich mich in meiner Erwartung, Neues zu finden, getäuscht hatte und war nicht wenig erstaunt, hier eine Parallele zu den übrigen Krankheitssymptomen als Bestätigung meiner bisherigen Auffassung dieses Falles zu finden. Auf meine Frage über die Bedeutung der Zahl 69 erwiderte C., er kenne sie nicht. Als ich ihn aufforderte, die Zahl ins Französische zu übersetzen, zeigte er sich über die Bedeutung der gegenseitigen Mundperversion unterrichtet, machte



aber mehrere Einwände: er habe nie Neigung zur passiven, sondern nur zur aktiven Art dieser Perversion gespürt und er fürchte sich auch nicht vor der Zahl 69, sondern vor der Zahl 39. Ich machte ihn aufmerksam, dass darin alles eher als ein Widerspruch zu finden sei, seine perverse Neigung sei ebenso eine Abänderung der mutuellen, wie die Zahl 39 von der Zahl 69. Die weiteren Einfälle des Patienten lieferten weitere Bestätigungen und Determinationen: „er sei langsam hinuntergestiegen", zuerst auf 59, dann auf 49, die sich beide nicht als brauchbar erwiesen. Erst 39 habe genügend Raum geboten für ängstliche Vorstellungen, da er anfangs der Dreissiger Jahre stand und ein baldiges Unglück erwartete, andererseits die Zahl 39 aus 3 × 13 (Unglückszahl) zusammengesetzt sei. —

Im Rahmen dieser 3 Analysen dürfte sich kaum ein Punkt ergeben, der nicht den Eindruck des Zwingenden, des durch Zusammenhänge aller Art Bestimmten an sich trüge. „Zufälliges", Zusammenhangloses habe ich nicht auffinden können, sondern es bestätigt sich, dass jeder Einfall der Analyse, vor allem aber die gewählte Zahl von mehreren psychischen Kräften, die zumeist gut fassbar sind, getragen wird. Die Ueberdetermination der Zahlenvorstellung, ob sie nun scheinbar frei gewählt wird oder sich als pathologisch und fixiert erweist, ist demnach nicht zu leugnen.

Der Sinn und Zweck dieser „Reducirung auf die Zahl" ist offenbar die Nöthigung der Psyche zu einem Kompromiss. In keiner der angeführten Analysen finden wir völlige Verdrängung psychischen Materials aus dem Bewusstsein, in keinen aber auch volle Toleranz im Bewusstsein für die betreffenden Vorstellungen. Das arithmetische Symbol bedeutet nirgends eine völlige Aufzehrung widerstrebender Kräfte, nirgends ein Symptom des eingetretenen Gleichgewichts wie etwa hysterische Stummheit oder die normale Verdrängung, sondern eher eine theilweise Abrüstung der Psyche, während nebenher der Kampf weitergeht. Die Determination der auftauchenden Zahl geschieht aus dem Unbewussten unter fortwährendem oft bewussten Abweichen gegenüber den Widerständen. Es lassen sich aus allen drei Analysen die grossen Antheile des Bewussten, Unverdrängten an der Zahlenbildung mit Leichtigkeit nachweisen, die auf die unbewusst treibende Kraft (unterdrückter Wunsch, verdrängte Regungen), den eigentlichen Träger des Zahleneinfalls modificierend einwirken und ihm eine äusserliche logische Repräsentation verleihen.

Mittheilungen.

— **Unglaubliche Zustände in einer Privat-Irrenanstalt** kamen vor dem Bezirksausschuss in Breslau zur Verhandlung. Der Amtsvorsteher von Ober-Weistritz klagte auf Entziehung der Konzession gegen die Besitzerin und Leiterin der Privat-Irrenanstalt zu Ohmsdorf, Frau Thomas. Er hatte bereits durch eine Verfügung die Schliessung der Anstalt angeordnet und hat, als die Klägerin Widerspruch erhob, Klage erhoben. Er begründete seine Klage damit, dass die Anstalt von der Besitzerin und ihrer Nichte geleitet werde, die beide keine hinreichende Vorbildung zu solchem Amte besässen, ebenso sei auch das Pflegepersonal vollkommen ungeeignet und ohne Vorbildung. In der Anstalt fehle es an der nöthigen Reinlichkeit und Ordnung. Die Einrichtung sämmtlicher Zimmer und der Tagesräume sei unzureichend und überall ein furchtbar schlechter Geruch in den Räumen. In einem kleinen Zimmer, das von der Küche aus seinen Eingang habe, seien 4 Kranke untergebracht. Die Geräthschaften seien so mangelhaft wie möglich. Bei den unsauberen Kranken fehlten die Gummidecken, die Bett- und Leibwäsche habe bei allen Kranken an Sauberkeit viel zu wünschen übrig gelassen. Im allgemeinen war ein völliger Mangel an Pflege und die denkbarste Unordnung zu erkennen. Die Beklagte wendete ein, dass die Angaben des Klägers übertrieben und unzutreffend seien. Sie habe nach Maassgabe ihrer Mittel grosse Opfer für die Anstalt gebracht. Zu der Verhandlung war als Vertreter des öffentlichen Interesses ein Mitglied der amtlichen Revisionskommission, Regierungs- und Medicinalrath Tölke, erschienen, der die amtlichen Berichte seit 1895 zur Verlesung brachte. Ein Bericht der königl. Regierung besagt: Die Wohn- und Schlafräume seien im höchsten Grade verunreinigt gewesen, die Betten unsauber, die Matratzen theilweise verfault. Die Konzession sei der Beklagten 1887 für eine Pflegeanstalt für Reconvalescenten, Nervenleidende oder geistig leicht gestörte, der Ruhe bedürftige Kranke gegeben worden. Die Leiterin habe aber fortgesetzt diese Konzessionsbefugnisse überschritten, indem sie total Verblödete, chronisch Geisteskranke oder unruhige Kranke, die einer fortgesetzten ärztlichen Beaufsichtigung bedurften, in ihrer Anstalt aufgenommen. Der einzige ärztliche Beirath habe 10 Kilometer weit gewohnt und nur alle Wochen einmal die Anstalt besucht, so dass ihm jeder richtige Einblick in die Verwaltung und Verpflegung gefehlt habe. Anlass zu einer aussergewöhnlichen Revision habe der bekannte Alexianer-Prozess in Aachen gegeben. Die Unordnung und Unsauberkeit, die dabei gefunden wurde, habe jeder Beschreibung gespottet.

Die Leiterin, die mit ihrem Personal in keiner Weise den Ansprüchen entspreche, die man an die Leitung einer Irrenanstalt stellen könne, sei damals verwarnt worden. Ueber den einzigen Wärter der männlichen Kranken seien viele Beschwerden eingegangen; das Personal für die weiblichen Kranken sei auch total ungeeignet gewesen. Auf die Androhung der Konzessions-Entziehung sei einiges gebessert worden, allein schon bei einer unvermutheten weiteren Revision im gleichen Jahre seien die Zustände wieder schlimmer als je gewesen. Der Isolirraum für unreinliche Kranke ward einmal in solchem Zustande befunden, dass dieser Befund allein die sofortige Schliessung der Anstalt gerechtfertigt hätte. Warum diese Schliessung nicht bereits längst erfolgt war, erwähnte der Vertreter des öffentlichen Interesses nicht; es war einer untergeordneten Ortsbehörde vorbehalten, die Konzessionsentziehung in die Wege zu leiten. Der Vertreter der Beklagten hatte naturgemäss auf den amtlichen Befund keine Entgegnung, sondern erwähnte nur, dass die Leiterin von ihren Patienten nur sehr geringe Verpflegungskosten, 60 bis 70 Mk. pro Monat, beziehe, und deshalb keine grossen Aufwendungen machen könne. Der Gerichtshof erkannte dem Klageantrage entsprechend auf Konzessionsentziehung. Die Anstalt wird bis zur Unterbringung der Kranken in einer besser verwalteten Pflegestätte unter andere Leitung gestellt werden. (Breslauer Zeitung, 29. Sept.)

— **Berlin.** In der letzten Sitzung der Deputation für die städtische Irrenpflege unter dem Vorsitz des Geheimrathes Dr. Strassmann wurde ein Antrag des Bürgerdeputirten Sanitätsrath Dr. Benda auf Errichtung von **Volksnervenheilstätten** durch die Stadt Berlin nach einem Bericht des Bürgerdeputirten Sanitätsrathes Dr. Selberg berathen. Der Antrag wurde einem Ausschuss zur Vorberathung überwiesen.

Referate.

— Wie bekämpfen wir die uns durch die Electricität bedrohenden Gefahren und Gesundheitsstörungen? Ein ernstes Mahnwort in Anlehnung usw.

Dem allgemeinen Wohl gewidmet von Director a. D. Kleber. Berlin 1905; vom Verf. für 0,20 M. zu beziehen. Inhaltsangabe ist im Titel enthalten; sonst flott und klar geschrieben in verständlicher Form.

— P. J. Möbius: Im Grenzlande. Ausgewählte Werke, Bd. VI. Leipzig, J. A. Barth 1905. M. 3.

Die 6 Aufsätze dieses neuen Möbius, besonders „über die 3 Wege des Denkens", „drei Gespräche über Religion und Metaphysik" athmen den Geist Fechners, dessen Bild dem Bande „als Panier" vorgesetzt ist. Zwar trennt ihn „ein tiefer Graben von der alten Metaphysik", aber dennoch knüpft ihn ein Band des Herzens an solche, die noch einen Glauben haben und diese stehen ihm im Leben näher, „als Schleicher, die nur Spott und Hohn haben für das, was sie nicht ausrechnen können". Das — die Metaphysik — ist unser Trost im Leben und im Sterben (S. 182) und „Auf Gott vertrauen und nach bestem Wissen und Gewissen handeln" (S. 192). Die Maxime seiner „Ethik". Die beiden Aufsätze „Ueber den Zweck des Lebens" und „Ueber den Antropomorphismus" enttäuschen einigermassen nach dem hohen Geistesfluge in dem metaphysischen Gespräche; eine elegische Resignation liegt über ihnen ausgebreitet.

Die „3 Gespräche über Religion" und „über die Veredelung der Menschen" werden trotz manchen trefflichen Gedankens dort, wo M. das medizinische und philosophische Gebiet verlässt, scharfen Widerspruch hervorrufen. Seine Stellungnahme in der Gymnasialfrage (Philalethes S. 78), die Zustimmung zu Schopenhauers Aeusserung, man solle alle Schurken castriren und alle dummen Gänse in ein Kloster sperren (S. 110), der Vorschlag, die Verbrecher durch Chloroform zu töten, werden bei Theologen, Philologen und Strafrechtlern „gewaltiges Schütteln des Kopfes" hervorrufen, da diese darin nicht mehr als Niederschläge gewisser einseitiger Richtungen zu sehen vermöge, deren Verallgemeinerung unzulässig sein würde. Kuhlenbeck bemerkt z. B. in der Polit. anthropol. Revue I. 1902/03 (S. 810) zu der Tötung der physisch und psychisch Minderwerthigen mit feinem abwägenden Takte: „Vom rein physiologischen Standpunkt aus würde die Castration das geeignete Mittel sein; allein dieser handgreifliche Vortheil würde ebenso wie der grobfädige Vortheil aller Leibes- und Lebensstrafen gar nichts bedeuten gegenüber dem unersetzlichen Nachtheil, den ein solches Strafensystem durch officiell sanktionirte Brutalisirung des Geistes der Rechtspflege heraufbeschwören würde."

Doch das ist eigentlich selbstverständlich, dass die rücksichtslosen Aeusserungen einer ausgeprägten Persönlichkeit, wie sie Verf. „des Physiologischen Schwachsinns des Weibes" ist, nicht unterschiedslos hingenommen werden können. — Wer ernste Gedankenarbeit nicht scheut, und auch einen ungeschliffenen Diamanten zu schätzen weiss, wird das Buch nicht ohne reiche Geistesanregung aus der Hand legen. Wir wünschen ihm deshalb wegen Inhalt und Form einen ausgedehnten Leserkreis.

Dr. med. et phil. Meyer-Münster.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 29. 14. Oktober. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Castration in gewissen Fällen von Geisteskrankheit.

Von Medicinalrath Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

Auf der 36. Jahresversammlung der schweizerischen Irrenärzte am 12. u. 13. Juli 1905*) sprach Good-Münsingen über die Sterilisation Geisteskranker und brachte mehrere Fälle vor, wo eine solche sehr indicirt gewesen wäre, aber unterblieb, weil z. Th. trotz Erlaubnissertheilung niemand die Verantwortung auf sich nehmen wollte. Da war z. B. eine Frau, die jedesmal zur Zeit der Schwangerschaft in Irrsinn verfiel. In einem anderen Falle war die Schwangere jedesmal geneigt zur Vagabundage und zu Diebstahl, sonst nie. „Man liess sie etwa 30 Delicte begehen, bis der Staatsanwalt Verdacht schöpfte. Operiren will sie niemand." Zwischen den Schwangerschaften war sie sehr tüchtig und ungefährlich. So blieb nichts andres übrig, als sie in eine Anstalt als gemeingefährlich einzusperren, „weil niemand die Garantie gegen eine neue Schwangerschaft und damit gegen neue Delicte übernehmen wollte". Dann wird von einem geisteskranken Mann berichtet, der während des Urlaubs seine Frau, die schon 9 Kinder hat, davon die beiden letzten bereits abnorm, schwängert. Schiller-Wil berichtet von einem kriminellen Entarteten, der die Operation selber gewünscht hatte, um so mehr Freiheit zu erlangen. Aber auch der Staatsanwalt wollte nicht die Verantwortung auf sich nehmen. Bleuler-Zürich betont die grosse Wichtigkeit der Sache, deren praktische Lösung freilich noch lange ausstehen werde. Es sei das eine sehr wichtige sociale Frage. Bl. kannte in der Irrenanstalt viele, die nicht darin bleiben müssten, wenn man sie castrieren würde. In einem Falle hatte die Armenpflege mit Recht die Operation gewünscht, aber Bl. hatte sich nicht daran gewagt. Weber-Genf sagt, dass in der französ. Schweiz ein Theil der besagten Fälle einfach durch Abort erledigt würde. Zum Schlusse der Discussion erklärte sich die Versammlung ohne Widerspruch für die Wünschbarkeit der Sterilisirung von Geisteskranken und die gesetzliche Regelung der Materie.

Es ist sehr erfreulich, dass hier eine wissenschaftliche Vereinigung von Fachmännern die Wichtigkeit der Sterilisation von Irrsinnigen in besonderen Fällen ausspricht und auf eine gesetzliche Regelung dieser Sache drängt. Keiner der Redner scheint aber meine grössere Arbeit über Castration gewisser Classen von Degenerirten*) und die verschiedenen kleineren Mittheilungen hierüber**) gekannt zu haben. Speciell auf gewisse Arten von Geisteskranken bin ich dort eingegangen.

Ziemlich oft sind auch mir Fälle vorgekommen, wo entlassene oder beurlaubte Kranke — sogar Paralytiker! — ihre Frauen schwängerten, sodass letztere sich oft gegen eine neue Beurlaubung etc. stemmten. Wir dürften dann aber Verheirathete überhaupt nie beurlauben oder entlassen, da die Gefahr einer neuen Schwängerung stets vorliegt. Trotzdem müssen wir das nicht nur thun, um der Ueberfüllung zu steuern, sondern auch, weil die weitere Behandlung der Betreffenden keinen Zweck hat und eventuell sogar gesetzlich ungerechtfertigt ist. Vergessen wir auch nicht, dass trotz der Heilung eines Kranken die Gefahr der erblichen Belastung für einen nach diesem Zeitpunkt geborenen Nachkommen immerhin noch besteht, wenn sie auch nicht mehr so gross ist, wie bei florider Psychose, da

*) Referat in der Psychiatrisch-Neurolog. Wochenschrift 1905, Nr. 14.

*) Näcke: Die Castration bei gewissen Klassen von Degenerirten als ein wirksamer socialer Schutz. Archiv für Kriminalanthrop. etc. Bd. 3 (1899) p. 58.

**) im gleichen Archive.

das Gehirn des frühern Pat. immer der locus minoris resistentiae bleibt und als solcher vererbt werden kann.

Dem rein socialen Standpunkt einer möglichen Schwängerung können wir z. Z. nicht gut Rechnung tragen, so lange z. B. die Gefängnisse ihre Insassen nur bestimmte Zeit behalten. Da nun hier unter den Gewohnheits- und schweren Verbrechern bekanntlich viele Minderwerthige sind, so ist die Gefahr für die Nachkommenschaft hier kaum geringer als dort, oft sogar noch grösser. Zum Glück besteht ja keine absolute Nothwendigkeit einer Uebertragung der psychischen Minderwerthigkeit bei den entlassenen Gefangenen, auch nicht bei den Geisteskranken. Immerhin, mag man die Gefahr der erblichen Belastung öfters überschätzen, andererseits von gewisser Seite unterschätzen (z. B. Diel, Koller), so ist eine solche Gefahr trotzdem so gross, dass man in bestimmten Fällen der Sterilisation wird das Wort reden dürfen.

Zunächst ist zu fragen: Wer ist zu schützen? Die Antwort lautet: 1. die Angehörigen selbst und 2. die Gesellschaft. Die oben angeführten Beispiele belegen beide Fälle. Wenn bei jeder Schwängerung die Frau psychisch erkrankt oder dadurch zur Diebin etc. wird, es sonach sehr wahrscheinlich ist, dass eine neue Gravidität ein Gleiches herbeiführt, so haben wir, meine ich, die Pflicht, hier einzuschreiten. Es kann aber auch sehr wohl der Fall eintreten, dass durch jede Schwängerung eine Lebensgefahr für die Frau, z. B. durch enges Becken, entsteht. Man kennt ja Beispiele, wo an ein und derselben Person der Kaiserschnitt wiederholt ausgeführt wurde. Aber auch das Kind hat, wie Mc. Cassy sehr richtig sagt, das Recht, wohl geboren zu sein, ein Recht freilich, das erst künftige Geschlechter als selbstverständliche Forderung betrachten werden. Wenn man an den Jammer und das Elend denkt, welche ein psychisch minderwerthiges Menschenkind durchzumachen hat, so wird man dem nur beistimmen müssen. Dass durch das Anwachsen des Heeres künftiger Verbrecher, Huren, Geisteskranke, Epileptiker, Blödsinniger etc. aber auch die Ruhe des Staats und der Staatssäckel sehr gefährdet sind, ist natürlich und das berühmte Beispiel der Familie Yukes in Amerika zeigt das aufs Schlagendste.

Für den Sociologen, besonders den Rassehygieniker, wäre aber die etwa eintretende Entartung, die Verschlechterung der Rasse durch Fortpflanzung minderwerthiger Elemente maassgebend. Und in der That ist die Voraussicht für die Zukunft eine viel eindringlichere und altruistischere, als bloss die für die Gegenwart. Darauf beruht ja auch die Entwickelungs-Ethik, welche eben noch höhere Ziele sich setzt, als es jetzt geschieht, und diese verlangt z. Th. eine Umwertung gewisser Werte, um zu ihrem grossen Ziele zu gelangen. Sie darf sich dann nicht scheuen, zum Besten einer wahren, künftigen Humanität gewisse Maassregeln zu treffen, die uns jetzt als inhuman erscheinen. Nun, zum Glück sind wir von Entartung sehr entfernt! Auch nicht ein einziges Moment hat sich wissenschaftlich für das Bestehen einer Degeneration bei uns, auch nicht bei anderen Völkern, z. B. den Romanen, die manche schon für entartet halten, wirklich feststellen lassen und alle darauf bezüglichen Statistiken sind einseitig, da ungeheuer viel verschiedene Faktoren ins Gewicht fallen. Auch der wahrscheinlich zunehmende Alkoholismus — wirkliche Zunahme der Geistes- und Nervenkrankheiten ist nicht über allem Zweifel erhaben! — hat uns und andere noch nicht entartet. Es besteht dadurch allerdings eine grosse Gefahr, vorläufig aber nicht mehr, und der Volkskörper reinigte sich bisher von selbst glücklicherweise, was natürlich uns nicht abhalten soll, nach Kräften diesen Assanirungsprocess zu fördern und womöglich prophylactisch das Gift nicht eindringen zu lassen. Wir gehören also nicht zu den Pessimisten, ohne andererseits einem ungehörigen Optimismus zu huldigen. Auch der immer citirte und angeblich auf Entartung beruhende Untergang der antiken Völker hat sicher mit Degeneration nichts oder nur wenig zu schaffen, sondern beruht auf ganz anderen Faktoren, namentlich solchen der Rasse. Die Rassehygieniker brauchen also vorläufig nicht sich zu ängstigen: wir gehen noch lange nicht der Entartung entgegen, trotz des Alarmblasens so vieler seichter Redner und Schriftsteller. Was aber feststeht, ist der Umstand, dass die Fortpflanzung minderwerthiger Elemente viel Unglück in die Familie bringt und den Staat viel Geld kostet. Deshalb vorläufig allein ist ein eventuelles Einschreiten geboten.

Es fragt sich nun aber weiter, wann es zu geschehen hat. Hier sind zunächst alle Entartungszustände, wie man sie z. Th. fälschlicherweise bezeichnet, zu trennen nach der Zeit ihres Auftretens. Angeborene oder frühzeitig eintretende, wie Imbecillität, Idiotie, Epilepsie einerseits, andererseits die eigentlichen erst später sich zeigenden Psychosen. Bei den ersten würde es sich darum handeln, eine spätere Schwängerung überhaupt unmöglich zu machen, zumal gerade hier die schwersten Degenerationsformen



vorliegen. Hier wie bei den Psychosen werden Eheverbote wenig nützen. Sie werden umgangen und umsomehr illegitime Kinder erzeugt, was das Uebel nur verschlimmert. Auch die anticonceptionellen Mittel lassen nur zu oft im Stich, und das Volk belehren zu wollen, in puncto amoris Zurückhaltung zu üben, ist eine reine Utopie! Ich verspreche mir also von Eheverboten und einem gesetzlich eingesetzten Gesundheitsrath nichts,*) im Gegensatze zu Schüle's Thesen, welche er der Jahresversammlung der deutschen Irrenärzte zu Dresden im Jahre 1905 hectographirt vorlegte. Hier kann nur ein Zwangsmittel wie die Sterilisation wirklich helfen.

Bei den angeborenen, resp. früh auftretenden Entartungszuständen, worunter auch die sog. moral insanity gehört, ist eine Castration aber gefährlich vor vollendetem Wachsthum, weil sie den Character ungünstig beeinflusst. Anders, wenn die Operation später geschieht und der Character dadurch nicht oder kaum noch Einbusse erleidet. Nur bei sehr aktiven moralisch Schwachsinnigen würde ich eine eventuelle Ausnahme machen, weil hier die Aktivität und vielleicht auch die bösen Neigungen möglicherweise günstig beeinflusst werden. Will man ja also diese ganze Gruppe vom Fortpflanzungsgeschäfte ausschliessen, so bleibt nichts anderes bei Ausschluss der Sterilisation übrig, als die Betreffenden so lange einzusperren, bis eine Castration ihnen psychisch nichts oder kaum noch etwas anhaben wird, also im allgemeinen etwa bis nach zurückgelegtem 25. Lebensjahre. Man sieht aber, dass dies der übergrossen Menge wegen nicht durchführbar ist und man wird auch hier sich begnügen müssen, nur einzelne, besonders Degenerirte und mit starker libido behaftete einzuschliessen. Bei den gemeingefährlichen Elementen versteht es sich ja von selbst.

Obiger Gruppe gegenüber stehen nun die andern Psychosen, die erst bei Erwachsenen sich entwickeln. Sie sind bekanntlich aber nicht nur der Form und Prognose nach sehr verschieden, sondern auch bei der Gefahr einer schädigenden Wirkung auf die Nachkommen. Hier kommen als besonders gefährlich die sog. degenerativen Irren in Frage, so die Periodiker und Cykliker, die Paranoiker, die schweren Hysteriker, besonders die hysterisch und epileptisch Irrsinnigen, endlich auch die chronisch alkoholischen Psychotiker, ja schon die schweren Säufer ohne Complication. Auch die Paralyse käme in Betracht, da hier die proles sehr oft eine recht minderwerthige ist. Die acuten Psychosen fallen dagegen aus der Indicationsstellung, da man solche nicht zu weit stecken soll, will man nicht die gute Sache an sich gefährden.

An Massenoperationen wird man zunächst gar nicht denken, sondern erst nur die dringendsten Fälle berücksichtigen, schon um nicht das Publicum kopfscheu zu machen und die an sich segensreiche Operation gleich von vornherein zu discreditiren. Als die einzig sichere Operation könnten wir z. Z. für die Männer nur die Vasectomie empfehlen, d. h. also: Ausschneidung eines Stückes des Samenleiters, wodurch theilweise Atrophie der Hoden eintritt*). Es ist das eine leichte, fast gefahrlose Handlung, die der eigentlichen Castration weit überlegen ist. Leider haben wir bei der Frau nichts ähnliches, da die Tubenexcision nach Spinelli unsicher erscheint, noch mehr aber die sog. „Verbrühungsmethode", und das einzige Richtige: Die Ausschälung des Uterus, doch eine recht eingreifende Operation ist, die nur ein sehr geübter Specialist ausführen darf. Das Nächstliegende: Entfernung der Ovarien, hat aber seine grossen Schattenseiten für das Wohl der Frau, wenn sie nicht schon das Climacterium hinter sich hat. Man führt dies auf die dann fehlende „innere Sekretion" zurück, die zwar vieles für sich hat, aber noch, wie so vieles, des wissenschaftlichen Nachweises bedarf. Jedenfalls wird man die Keimdrüsen möglichst schonen. Wir sehen also, dass wir eigentlich vorläufig leicht gangbare Methoden der Sterilisation nur für den Mann besitzen. Das ist immerhin schon sehr werthvoll.

Wie stellt sich nun das Publicum und der Staat dazu? Vorläufig ganz ablehnend, wenigstens bei uns. In Amerika dagegen haben bereits viele bedeutende Aerzte und speciell Irrenärzte für diese Operation gesprochen, ja im Staate Michigan wäre die sog. Egar-bill, die die Sterilisation bei den „feebleminded" und Epileptischen, auch gewissen Verbrechern, bezweckte, bei einem Haare durchgekommen und man kann wohl als ziemlich sicher annehmen, dass eine ähnliche bill in Amerika bald einmal Gesetzeskraft erlangen wird, da die Nothwendigkeit hiervon Gelehrten und Laien immer mehr in Fleisch und Blut übergeht. Wir sind hierin, wie in so vielen Dingen, noch sehr rückständig, doch wird vielleicht mit der Zeit auch hier ein Umschwung der Meinung statt-

*) Auch dies habe ich öfters berührt, namentlich im Archiv für Kriminalanthropologie und nächstens erscheint dort eine Arbeit, die sich speciell mit den Schüle'schen Thesen befasst.

*) Ob die Röntgenstrahlen das Hoden- und Eierstocksgewebe beim Menschen zerstören können, ist z. Z. noch unbekannt. Ein gleiches gilt vom Radium.



finden. Ich bin in Deutschland wohl der Erste gewesen, der energisch und unter genauer Darlegung der Verhältnisse für die Sache plädirte. Man lachte darob, schüttelte den Kopf oder spielte den Entrüsteten. Aber schon sind einige unvoreingenommene Männer für die neue Sache gewonnen und wir haben soeben gesehen, dass eine hochangesehene Gesellschaft von Psychiatern im Princip damit einverstanden ist.

Worin besteht nun zunächst der grosse Widerstand? Darin, dass wir gewohnt sind, nächst der persönlichen Freiheit den ungeschmälerten Besitz unserer Geschlechtswerkzeuge als das höchste anzusehen. Der Chinese, wenn er sich castriren lässt, hebt die abgeschnittenen Genitalien in einem Glase auf und es ist heilige Pflicht, das „Kleinod" ihm im Tode wieder anzufügen, damit der Todesgott bei der Totenschau betrogen werde und einen ganzen Mann wiederfinde. Also eine ähnliche Anschauung! Wie vielen Menschen aber sind die Genitalien überhaupt überflüssig, anderen geradezu schädlich! Den meisten kommt es ja auch nur auf den Coitus an, nicht aber auf Fortpflanzung. Und hieran ändert ja auch die Sterilisation nichts, da sie nur die potentia generandi, nicht aber coëundi aufhebt! Uebrigens ist diese Hochhaltung der „Männlichkeit" beim Volke doch vielleicht etwas überschätzt worden!*) Schiller-Wil berichtete, wie wir am Eingang unserer Arbeit sagten, von einem criminellen Entarteten, der die Operation selber gewünscht hatte, um mehr Freiheit zu haben. Gewiss würde unter gleicher Motivierung mancher Don Juan sich auch dazu verstehen, da dann ja Alimentsklagen unmöglich wären, und mancher Verheirathete, der auf den Geschlechtsgenuss nicht verzichten, aber auch seine Familie nicht vermehren oder seine Frau weiter gefährden möchte, würde ganz gern die kleine Operation an sich vollführen lassen, um so mehr, als er die Unsicherheit aller andern Mittel kennen gelernt hat. Und etwa, wie dies in romanischen Ländern so oft geschieht, Abort einzuleiten, ist criminell und für die Frau sehr gefährlich! Sicher würden viele Gefangene, vor die Wahl gestellt, entweder noch Jahre abzusitzen oder sich castriren zu lassen und dann loszukommen, letzteres wählen und die Gesellschaft würde dabei in vielen Fällen nicht schlecht fahren! Ich glaube also nicht, dass im Volke eine so unüberwindliche Abneigung dagegen besteht, und wenn es die Gesundheit heischt, wird erst recht niemand dagegen sich sträuben.

Ich glaube ferner, dass der Staat genau dasselbe Recht hat in gewissen Fällen hier sterilisiren zu lassen, wie er impfen lässt, Verbrecher, Irrsinnige, Lepröse etc. einsperrt und zwar alles zum allgemeinen Besten. Und Entziehung der Freiheit auf Jahre, ja vielleicht auf die ganze Lebenszeit hinaus, ist doch wohl ein viel schwererer Eingriff in die Persönlichkeit, als die blosse Sterilisirung!

Viel schwieriger dagegen ist es zu entscheiden, wann und wer zu operiren ist. Mit der Zeit würden sich hier aber jedenfalls Normen aufstellen lassen. Man würde natürlich Garantien dafür verlangen müssen, dass nur unter ganz speciellen Umständen operirt wird. Erlaubniss des Kranken resp. seines Vormunds und vor allem seitens des Richters wird Voraussetzung sein müssen. Um möglichst gewissenhaft zu verfahren, wird im konkreten Falle vielleicht ein Collegium von Sachverständigen entscheiden, was sehr wohl angeht, wenn es sich, wie zunächst nur wünschenswerth, bloss um einzelne und nicht um Massenoperationen handelt. Ich glaube, all das würde keine unüberwindlichen Schwierigkeiten darbieten und je vorsichtiger man anfangs zu Werke geht, um so mehr wird sich die Sache einführen. In meiner angezogenen Arbeit schrieb ich die Worte: „ . . . Es gilt, nicht zu viel gleich zu verlangen und zunächst nur die degenerirtesten Elemente, die also am sichersten für die Nachkommen gefährlich werden, unschädlich zu machen. Man wird . . . hier auch von Fall zu Fall entscheiden, am besten durch eine Commission, und beim Mann nicht vor 25 und nicht später als mit 55 Jahren operiren. . . , Frauen kämen aus früher dargelegten Gründen nur ausnahmsweise in Frage."

Auf alle Fälle ist die Sache theoretisch durchaus gerechtfertigt und praktisch mit der Zeit auch sehr wahrscheinlich durchführbar. Sie ist sicher von socialer Bedeutung, wenn auch nur von geringem rasseverbesserndem Einflusse; sie verdient es daher, dass nicht nur Sociologen sich damit bei Zeiten zu befreunden suchen, sondern auch die Psychiater, deren ganze Thätigkeit ja eine eminent sociologische ist. Möchte das Beispiel der schweizer Irrenärzte recht bald Nachfolger finden, um die allgemeine Stimmung allmählich zu beeinflussen und einer künftigen staatlichen Inangriffnahme der Materie so vorzuarbeiten!

*) Die Eunuchen sind sogar meist als sehr libidinös bekannt und sie als Wächter in die Harems setzen, heisst den Bock zum Gärtner machen.

**) Es scheint fast, als ob mit dem Christenthum der Besitz der Männlichkeit im Werthe gestiegen ist, wie auch der der Virginität, trotzdem andererseits der geschlechtliche Umgang als ein nothwendiges Uebel hingestellt wird.

Die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz

nebst einigen Bemerkungen über die Versorgung der Geisteskranken in den grösseren Städten Deutschlands.

Von Dr. med. *Emil Hüfler*, Oberarzt der Anstalt.

(Schluss.)

Was die Benennung der Anstalt anlangt, so ist absichtlich der Name Irrenanstalt vermieden, und dafür der Name Nervenheilanstalt gewählt worden; absichtlich wollen wir die Anstalt als Krankenanstalt auch äusserlich bezeichnen; es ist dies, wie gern zugegeben werden soll, eine Conzession an jetzt noch bestehende Vorurtheile, die weit verbreitet sind.

Für ärztliche Kreise mag sie ja unnöthig erscheinen.

Die Anstalt selbst ist durchaus unabhängig vom Krankenhaus. Sie untersteht dem Rath beziehentlich einem Stadtrath als Decernenten, zur Zeit Herrn Stadtrath Otto, der zugleich Vorsitzender eines aus vier Stadträthen und vier Stadtverordneten nebst den Oberärzten der Krankenanstalten und des pathologischen Instituts gebildeten gemischten Ausschusses ist, des Krankenhausausschusses, dem das Stadtkrankenhaus mit den Filialen, das pathologisch-hygienische Institut und die Nervenheilanstalt untergeordnet sind.

Die Leitung liegt in den Händen des Oberarztes: einem Inspektor liegt die Besorgung der wirthschaftlichen Angelegenheiten ob.

Die Gartenanlagen unterstehen zur Zeit noch der Fürsorge der städtischen Gartenverwaltung.

Was die Aufnahmebedingungen anlangt, so mussten wir uns an eine Ministerialverordnung halten, die die städtischen Irrenanstalten denselben Vorschriften unterwirft, die bisher für die Privatirrenanstalten Geltung hatten.

Sie mögen im Abdruck folgen:

Verwaltungsordnung
für
die städtische Nervenheilanstalt zu Chemnitz.

§ 1

Bestimmung der Anstalt.

Die städtische Nervenheilanstalt ist eine öffentliche Anstalt der Stadtgemeinde Chemnitz und bestimmt zur Aufnahme von Geisteskranken jeder Art.

Sie hat den Charakter einer Heilanstalt (Durchgangsstation) und dient demgemäss zur Unterbringung von solchen Kranken, bei denen bald Genesung oder erhebliche Besserung zu erwarten ist, sowie von solchen, die zwar dauernder Verpflegung bedürfen und deshalb in eine andere Anstalt zu überführen sind, deren anderweite Unterbringung jedoch nicht sofort erfolgen kann; endlich können auch Personen zur Beobachtung ihres Geisteszustandes aufgenommen werden.

§ 2.

Zu den in § 1 Absatz 2 genannten Geisteskranken gehören auch Epileptiker, wenn sie unzurechnungsfähig, oder sich oder Anderen gefährlich sind, und Kranke, die lediglich Delirium tremens haben.

Dagegen sollen

a) Personen, die wegen einer körperlichen Krankheit dem Stadtkrankenhause zugewiesen worden sind, dann aber dort das Delirium tremens bekommen:

b) diejenigen, die Fieberdelirien irgend welcher Art haben, und

c) chronisch Geisteskranke, insbesondere Paralytiker, die als Sieche zu bezeichnen sind, nicht der Nervenheilanstalt, sondern dem Stadtkrankenhause zugewiesen werden bez. darin verbleiben.

§ 3.

In der Anstalt sollen untergebracht werden

a) in erster Linie solche Personen, die in Chemnitz ihren Unterstützungswohnsitz haben;

b) sodann auch andere hiesige Einwohner, für die wegen der Kurkosten genügende Sicherheit gegeben ist und zwar, sofern die Unterbringung auf Kosten des Landarmenverbandes oder eines auswärtigen Ortsarmenverbandes geschieht, bis zur Abholung bez. anderweiten Unterbringung durch diese Verbände;

c) sofern Raum vorhanden, auch auswärtige Kranke.

§ 4.

Voraussetzungen der Aufnahme.

Für die Aufnahme wird erfordert

1. ein Aufnahmeantrag, der von den Angehörigen des Kranken, dem gesetzlichen Vertreter oder der Polizeibehörde zu stellen ist;

2. eine Erklärung des Antragstellers wegen der Kostenübernahme;

3. ein mit ausführlicher Krankengeschichte versehenes Zeugniss eines approbierten Arztes, durch welches bescheinigt wird, dass der Aufzunehmende an Geisteskrankheit oder Geistesschwäche leidet und der Pflege in einer Irrenheilanstalt bedarf.

Das Zeugniss muss auf persönlicher Untersuchung des Kranken beruhen, die höchstens 14 Tage vor der Aufnahme stattgefunden hat.

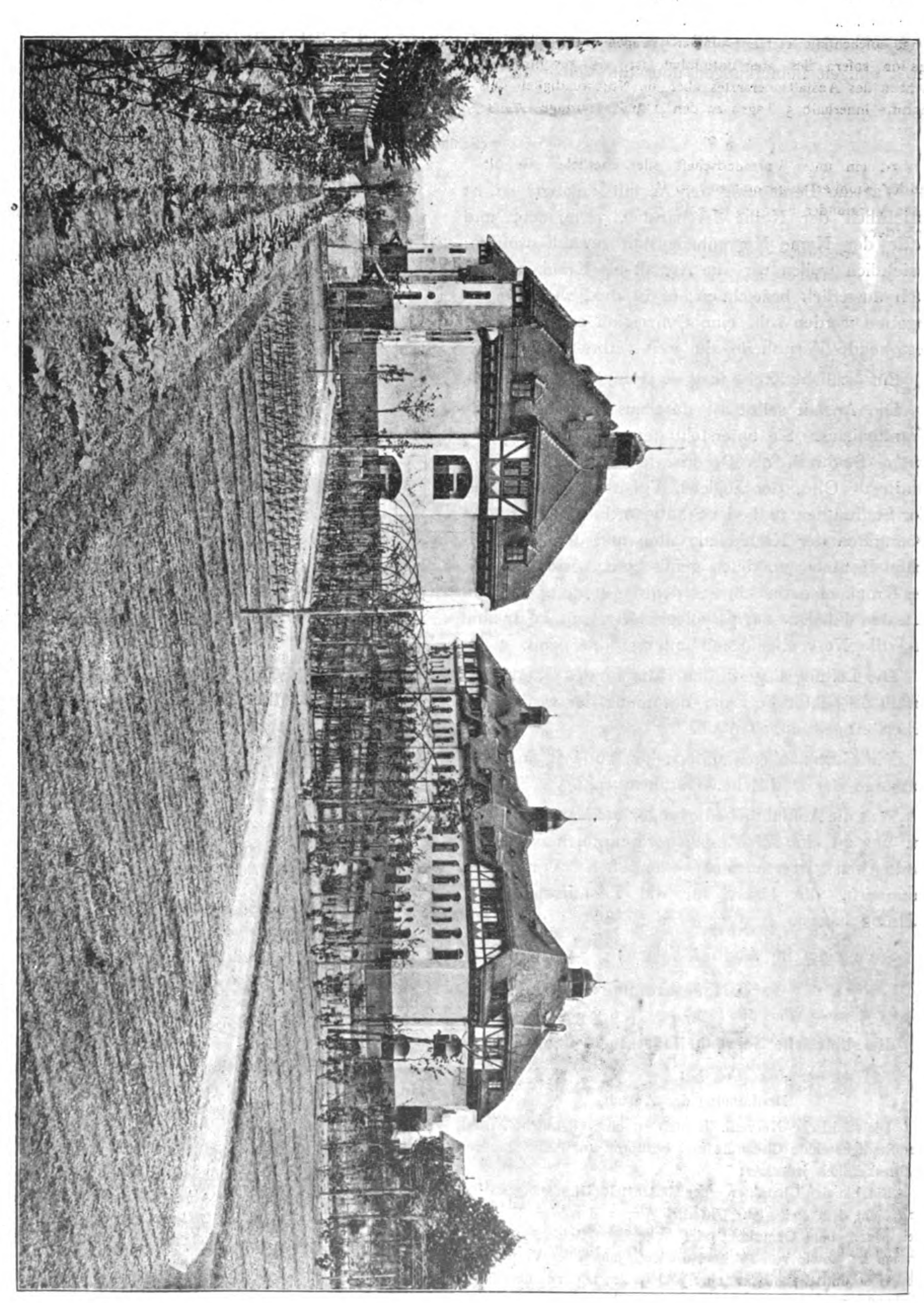
Kranke, die ohne jedes ärztliche Zeugniss oder nur mit unzureichendem Zeugniss in die Anstalt gebracht werden, werden in der Regel zurückgewiesen.

Durch den Aufnahmeantrag wird, wenn nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, die Anstaltsverwaltung zugleich ermächtigt, nöthigensfalls die Ueberführung des Kranken in eine Landesanstalt in die Wege zu leiten.

§ 5.

In ganz besonderen Ausnahmefällen, in denen die Zurückweisung eines der Anstalt unangemeldet zugeführten Geisteskranken oder Geistesschwachen offenbar nicht ohne dringende





Plan IV. Anstalt von Norden gesehen.

Gefahr für ihn selbst oder für Andere thunlich sein sollte, darf die Aufnahme vorläufig ohne ärztliches Zeugniss erfolgen, doch ist solchenfalls letzteres binnen 3 Tagen nachträglich zu beschaffen, sofern dies aber unthunlich ist, ein ausführliches Gutachten des Anstaltsoberarztes über die Nothwendigkeit der Aufnahme innerhalb 5 Tagen zu den Akten zu bringen.

§ 6.

Wird ein unter Vormundschaft oder elterlicher Gewalt stehender Kranker aufgenommen, so ist alsbald die Zustimmung des Vormundes oder des Gewalthabers (Vater oder Mutter) zu erfordern.

Wird diese Zustimmung nicht binnen vier Wochen, von der Aufforderung an gerechnet, ertheilt, so hat — vorbehältlich der Bestimmung in § 10 Absatz 2 — die Entlassung des Kranken zu erfolgen.

§ 7.

Ist festgestellt worden, dass ein in die Anstalt aufgenommener, weder unter elterlicher Gewalt noch unter Vormundschaft stehender Kranker in der That geisteskrank oder geistesschwach ist, so ist von der geistigen Erkrankung alsbald der zuständigen Staatsanwaltschaft Anzeige zu erstatten.

Wird der Kranke infolgedessen unter Vormundschaft gestellt, so ist zur ferneren Beibehaltung desselben in der Anstalt die Zustimmung des Vormundes zu erfordern. Wird diese nicht binnen vier Wochen ertheilt, so ist der Kranke vorbehaltlich der Bestimmungen in § 10 Absatz 2 aus der Anstalt zu entlassen.

§ 8.

Verwaltung und Beaufsichtigung der Anstalt sowie Anstellung des Personals.

Die Verwaltung und Beaufsichtigung der Anstalt wird in derselben Weise ausgeübt wie beim Stadtkrankenhause.

An den Sitzungen des Ausschusses nimmt der Oberarzt der Anstalt mit berathender Stimme Theil.

Die Aerzte, Verwaltungs- und Kanzleibeamten, sowie der Oberpfleger und die Oberpflegerin werden vom Rathe angestellt, das übrige Personal Namens des Rathes vom Vorstande der Anstalt auf Vorschlag des Oberarztes.

§ 9.

Auskunft über die Kranken, Besuche und schriftlicher Verkehr.

Auskunft über das Befinden der Kranken wird im allgemeinen nur auf Anfrage ertheilt. Wenn jedoch eine auffällige Verschlimmerung im Zustande eines Kranken eintritt oder sonst ein besonderer Anlass vorliegt, so wird auch ohne Anfrage an die Angehörigen Mittheilung gegeben. Besuche bei den Kranken werden zu bestimmten Zeiten gestattet, müssen aber unterbleiben, wenn ärztliche Bedenken dagegen bestehen.

Der gesammte Briefwechsel der Kranken unterliegt der Aufsicht des Oberarztes.

§ 10.

Entlassung.

Die Entlassung des Kranken hat zu erfolgen, wenn er genesen ist oder sein gesetzlicher Vertreter die Entlassung verlangt. Im übrigen kann die Entlassung von der Anstaltsleitung verfügt werden, wenn die Voraussetzungen der Aufnahme nicht mehr vorhanden sind und die Entlassung für angezeigt angesehen wird.

Gemeingefährliche Kranke dürfen nur dann entlassen werden, wenn für genügende Beaufsichtigung und Sicherung des zu Entlassenden gesorgt ist und der Antragsteller oder Vertreter des Kranken durch schriftliche Erklärung die Verantwortung für den Kranken übernimmt.

§ 11.

Todesfälle.

Von Todesfällen ist durch die Anstaltsinspektion an das Krankenpflegeamt alsbald Anzeige zu erstatten sowie den Angehörigen des Kranken Mittheilung zu machen.

§ 12.

Leichenschau und Leichenöffnung.

Die Leichen der in der Anstalt verstorbenen Kranken werden von einem Anstaltsarzte besichtigt.

Vor der Beerdigung hat in der Regel die kunstgemässe Leichenöffnung seitens des Pathologisch-hygienischen Instituts stattzufinden.

Bezüglich der Leichenöffnung ist den Wünschen der Angehörigen nach Möglichkeit entgegenzukommen und es soll dieselbe unterlassen werden, wenn der Kranke oder seine Angehörigen um die Unterlassung der Leichenöffnung gebeten haben und seitens des Anstaltsoberarztes besondere Bedenken nicht geltend gemacht werden.

Werden solche Bedenken geltend gemacht, so hat der Vorstand des Krankenpflegeamts zu entscheiden, ob die Leichenöffnung stattfinden soll oder nicht.

Bezügliche Wünsche sind bei dem Anstaltsoberarzt oder in der Inspektion anzubringen.

§ 13.

Beerdigung. Nachlass.

Die Beerdigung wird zunächst demjenigen, der die Kurkosten bezahlt, bezw. den Angehörigen überlassen.

Sofern niemand die Beerdigung übernimmt, und keinerlei Mittel für dieselbe vorhanden sind, wird sie in der hierfür geordneten Weise durch das Armenamt ausgeführt.

Der etwaige Nachlass des Verstorbenen in der Anstalt wird, soweit nicht davon etwa rückständige Verpflegbeiträge oder sonstige Aufwände für den Verstorbenen zu decken sind, an die Angehörigen desselben bez. an die zur Regelung des Nachlasses zuständige Behörde abgegeben.

§ 14.

Den Angehörigen der in die Anstalt aufgenommenen Kranken ist alsbald nach der Aufnahme die Verwaltungsordnung auszuhändigen oder zuzusenden.

§ 15.

Beginn der Wirksamkeit.

Diese Verwaltungsordnung tritt mit dem Tage ihrer Bekanntmachung in Kraft.

Abgesehen von den Kranken erster Klasse erhalten die Kranken Anstaltswäsche und Anstaltskleidung; es ist jedoch besonderer Werth darauf gelegt worden, das rein anstaltsmässige Aussehen der Kleidung durch verschiedene Muster thunlichst zu verdecken.

Nach der Aufnahme eines Kranken wird den Angehörigen dessen Kleidung und Wäsche sofort zurückgegeben und bei etwaiger Entlassung wieder eingefordert. Schwierigkeiten haben sich dabei nicht ergeben, die Einrichtung hat sich im Gegentheil gut bewährt.



Bei etwaigen Todesfällen wird die Leiche nach dem pathologischen Institut gebracht und dort seciert. Im Übrigen wird nach den Bestimmungen des Regulativs verfahren.

Da 120 Betten natürlicherweise, wenigstens wenn Chemnitz nur annähernd so schnell weiter wächst, wie bisher, nicht sehr lange ausreichen würden, muss die Frage aufgeworfen werden, in welcher Weise weiterhin für die Geisteskranken gesorgt werden könnte.

Um den Neubau weiterer Pavillons thunlichst hinauszuschieben, obgleich auch hierfür Areal vorhanden ist, dürfte auch hier die Unterbringung geeigneter Kranker in den benachbarten Dörfern, in Familien, das nächstliegende sein.

Ebersdorf, Lichtenwalde, Braunsdorf kämen da wohl zunächst in Frage.

Es könnte auch daran gedacht werden, für verheirathete Pfleger kleine Häuschen auf städtischem Areale zu bauen, und dort je 1—2 Kranke unterzubringen.

Die Gesammtkosten der Anlage betragen etwa 530000 M.

Die Anstalt wurde am 12. April 1905 in Betrieb genommen, zunächst mit 67 Kranken, 37 Männern und 30 Frauen.

Ausserordentlich auffällig waren die „Versetzungsbesserungen". Einzelne Kranke, die gegen psychiatrisches Gewissen aus Mangel an Pflegern und Räumen im alten Krankenhaus in Zellen hatten verwahrt werden müssen, die unrein geworden waren, theilweise spuckten und schmierten, auch zeitweise aggressiv waren, änderten sich sofort: fast verdutzt blieben sie ruhig in den hellen Wachsälen im Bett liegen und einige haben sich ausserordentlich schnell gebessert.

Ausser den 67 Kranken, mit denen am 12. April die Anstalt eröffnet wurde, wurden aufgenommen bis 12. August 108 Kranke, 67 Männer, 41 Frauen; entlassen 93, 53 Männer, 40 Frauen, gestorben 9 Männer.

Ueber die einzelnen Krankheitsformen, die zur Aufnahme gelangten, und über einige weitere Erfahrungen wird gelegentlich des Jahresberichtes näheres mitgetheilt werden.

Auch über die Verpflegung soll späterhin berichtet werden; vorläufig mag erwähnt sein, dass auf Tag und Kranken berechnet die Verpflegung 72 Pf. kostet; dafür wird gegeben erstes Frühstück: Kaffee, oder Milch mit Brödchen, zweites Frühstück: Butterbrod mit Wurst, Fleisch oder Eiern, Mittag: Fleisch mit Gemüse, Abends: Milch, Thee, Cacao, mit Fleisch, Käse oder Eiern.

Soweit sich bis jetzt übersehen lässt, bewähren sich die baulichen und wirthschaftlichen Einrichtungen des „jüngsten Stadtasyles" recht gut.

Die Kranken fühlen sich anscheinend sehr wohl. Mit der medikamentösen Behandlung sind wir sehr sparsam. Die Epileptiker erhalten Brompräparate, die Melancholischen behandeln wir mit Opium, zeitweise auch mit Sulfonal.

Was die medikamentöse Behandlung der Erregungszustände anlangt, so beschränken wir sie aufs äusserste. Die zahlenmässigen Angaben mögen dies bestätigen.

Es sind, abgesehen von Opium und Brom bei Melancholie und Epilepsie, seit Bestehen der Anstalt, also vom 12. April bis Ende August, auf der Männerseite bei einem Durchschnittsbestand von 40 Kranken im ganzen 2,0 Sulfonal gegeben worden.

Im Frauenhaus war die Unruhe zu Anfang grösser, auch kam, worauf ich besondern Werth legen möchte, erschwerend das fast vollkommen neue Personal hinzu, das theilweise an Isolierung und ausgiebige Behandlung mit Beruhigungsmitteln gewöhnt war, und erst durch Aerzte und Oberpflegerin in die neuen Verhältnisse eingeführt werden musste. So mussten im April an 10 Tagen 8 Kranken Beruhigungsmittel, 10,0 Sulfonal und 3 Spritzen Duboisin gegeben werden, bei einem Durchschnittsbestand von 32.

Im Mai wurden bei gleichem Bestand 9 Kranke an 14 Tagen mit 11,5 Sulfonal, 5,0 Trional und 6 Duboisin-Injectionen behandelt.

Im Juni wurden bei einem Bestand von 34 Kranken 4 Kranke an 7 Tagen mit 3 Injectionen Morphium, 1 Injection Duboisin, 5,5 Sulfonal, 2,0 Trional behandelt.

Im Juli bekam eine Kranke an 3 Tagen einmal Duboisin, einmal 2,0 Trional, einmal 2,0 Sulfonal. Endlich wurden im Monat August bei einem Bestand von 32 Kranken an 2 Tagen an 2 Kranke im ganzen 2,0 Trional verabreicht.

Fortdauernd geht unser Bestreben dahin, den Gebrauch der Beruhigungsmittel auf das geringste Maass zu beschränken.

Die Ruhe auf den Wachsälen ist trotzdem oft Nächte hintereinander eine absolute: wenigstens auf der Männerseite, die Frauen sind eher etwas lebhafter.

Die Kranken sind allerdings jetzt fast immer in frischer Luft; oft von früh 7 bis abends 8 Uhr; sie nehmen alle Mahlzeiten bei günstigem Wetter in den Laubengängen ein, bei ungünstigem wenigstens in den Loggien.

Wöchentlich einmal werden sämmtliche Kranke und die Nachtwachen, täglich die Kranken der Wach-



säle gewogen und Gewichtskurven von jedem angelegt. Wöchentlich erhält jeder Kranke mindestens ein Bad.

Bei Führung der Krankengeschichten verwenden wir in geeigneten Fällen sehr oft die Sommer'schen Schemata betr. Orientirung, Rechnen, Association etc. Mag man auch einen gewissen, einseitigen Schematismus darin erblicken, sie haben unzweifelhaft den grossen Vortheil, dass man immer vergleichbares, positives Material zur Hand hat. Das allmähliche Schwinden eines epileptischen Dämmerzustandes, um nur ein Beispiel herauszugreifen, lässt sich oft fast zahlenmässig nachweisen.

Selbstverständlich läuft die Führung der Krankengeschichten nebenher. Photographische Aufnahmen der Kranken werden in geeigneten Fällen den Krankengeschichten einverleibt; später soll dies regelmässig geschehen.

Die Verpflegsätze betragen für hiesige Kranke erster Klasse (Privatkranke) täglich 6 Mark, für auswärtige 10 Mark. Vier Betten der ersten Klasse sind dem Oberarzte als Privatbetten zur Verfügung gestellt; ausserdem zahlen die Kranken der ersten Verpflegklasse monatlich 20 Mark Berechnungsgeld für Ausstattung etc. 14 Plätze erster Klasse sind vorhanden.

Die Sätze für die zweite Klasse, für die 104 Betten vorhanden, sind folgende:

a) hiesige Kranke, auf Kosten der Armenkasse verpflegt, täglich zwei Mark,

b) hiesige Selbstzahler, einschliesslich der hier wohnhaften Mitglieder hiesiger Krankenkassen 2,25 M.,

c) auswärts wohnende Mitglieder hiesiger Krankenkassen 2,80 M.,

andere Auswärtige 3,50 M. Letztere werden jedoch, um die Anstalt nicht zu überlasten, nur in dringlichsten Fällen aufgenommen.

Aus den Verpflegsätzen ist eine Einnahme von 60700 M. für die Monate April bis December angenommen, der eine Ausgabe von 66500 M. gegenübersteht. In wie weit diese Aufstellung zutrifft, lässt sich noch nicht sagen; für die zweite Klasse wird sie wahrscheinlich zutreffen, für die erste wird sie zunächst nicht ganz erreicht werden.

Mit Dank ist jedenfalls anzuerkennen, dass durch Erbauung der Anstalt die Stadt Chemnitz alles gethan hat, was zur sachgemässen Behandlung der akuten Geisteskranken nur irgend geschehen kann.

Es dürfte nun nicht ohne Interesse sein, einen Blick zu werfen auf die Verhältnisse der Irrenfürsorge in anderen grösseren Städten des Reichs.

Die Schrift Dannemanns über psychiatrische Stadtasyle hat ja die Lage der deutschen Städte in dieser Beziehung klar beleuchtet; es erübrigt nur noch einige Nachträge zu geben.

Ich bin nun Herrn Oberarzt Dr. Bresler in Lublinitz zu grossem Danke verpflichtet, dass er mir das Ergebniss einer von ihm an eine grosse Anzahl deutscher Städte gerichteten Umfrage in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt hat.

An die Verwaltungen dieser Städte war von ihm die Frage gerichtet worden, einmal, für wie viele Geisteskranke die betr. Stadt zu sorgen habe, sodann, ob eine besondere Irrenabtheilung beim städtischen Krankenhaus, oder aber eine selbständige Irrenanstalt für zweckdienlich erachtet werde.

Da Nichtnennung der betreffenden Namen zugesichert wurde, bin ich nicht in der Lage, die Städte selbst zu nennen; doch verlieren die Antworten dadurch keineswegs an Interesse.

47 Städte haben die Umfrage beantwortet. Von diesen erklären 19, dass weder eine besondere Irrenabtheilung beim städtischen Krankenhaus, noch eine selbständige Irrenanstalt für zweckdienlich erachtet werde.

6 von diesen Städten erklären, deshalb hierfür kein Bedürfniss zu haben, weil am Orte eine Provinzial- oder Universitätsirrenanstalt bereits vorhanden sei, die die Kranken aufnimmt.

13 Städte hingegen, deren Einwohnerzahl zwischen 154000 und 45000 schwankt, erklären, dass für sie kein Bedürfniss vorliege, besondere Einrichtungen für ihre Geisteskranken zu treffen.

Und doch haben diese 13 Städte zusammen jährlich für 834 Geisteskranke zu sorgen.

23 Städte, darunter einige der grössten Deutschlands, haben an ihren allgemeinen Krankenhäusern Irrenstationen theils jetzt schon angegliedert, theils sprechen sie sich für diese Art der Versorgung der Geisteskranken aus.

Es befinden sich unter diesen Städten eine ziemliche Anzahl, die vollkommen sachgemäss auf diese Weise für ihre Geisteskranken sorgen.

Mehrere haben diese Art der Versorgung aber überhaupt erst geplant, theilweise nur den nothdürftigsten Ansprüchen genügend, so z. B. hat eine Stadt z. Z. für 56 Geisteskranke zu sorgen und stellt zur Verfügung 2 Zellen und eine Badezelle im Krankenhaus.

Viele Städte stellen sich auf den Standpunkt, dass die Kranken nicht der Stadt, sondern dem Landarmenverband zur Versorgung zugehörten, und dass



sie deshalb nur das zu thun hätten, was der Staat — Preussen — von ihnen verlangt, nämlich, dass bei jedem öffentlichen Krankenhause ein für die vorübergehende Unterbringung von Geisteskranken geeigneter Raum vorhanden sein muss.

Die Zahl der von diesen Städten zu versorgenden Geisteskranken betrug, soweit Angaben vorliegen, 1850.

9 Städte haben die Frage nach der Zahl der von ihnen zu versorgenden Geisteskranken nicht beantwortet.

6 Städte, inclusive Chemnitz, haben eigene städtische Irrenanstalten, soweit Angaben vorliegen, haben sie für etwa 1800 Geisteskranke zu sorgen. Sie befürworten, wie natürlich, diese Einrichtung.

Ohne weiteres muss zugegeben werden, dass die Städte, die durch geeignete Verträge in der Lage sind, ihre akuten Geisteskranken sofort der in der Stadt selbst oder deren Bezirk gelegenen staatlichen Anstalt zuzuweisen, thatsächlich zunächst kein Bedürfniss haben, eine eigene Anstalt zu gründen.

Anders liegen die Verhältnisse für die Städte, in deren näherer Umgebung sich keine derartige Anstalt befindet.

Mehrfach begegnet man dem Ausspruche, dass die Stadtverwaltung gegen die Errichtung einer eigenen Irrenabtheilung sei, weil es besser sei, die Kranken thunlichst bald in eine „ordentliche Anstalt" zu verbringen.

Diese Auffassung, dass eine Stadt allein doch nichts „ordentliches" thun könne, zieht sich durch viele Antworten mehr oder weniger ausgesprochen hindurch.

Wenn man freilich aus eigener Anschauung weiss, in welcher Weise manchmal nicht bloss in kleinen Städten und auf dem Lande, sondern auch in grösseren Städten Geisteskranke verwahrt werden, bis sie irgendwo Unterkunft gefunden haben, so wundert man sich über diese Anschauung nicht.

Ein Raum im Kellergeschoss nach Art der früheren Pallisadenzimmer, Fenster und Ofen mit Latten vergittert, eichene Doppelthür, Cement oder Ziegelfussboden, Matratze mit Oeltuch bezogen, feste Wolldecke, festes Closet im Raume selbst, Luke zum Hineinreichen der Nahrung, Zwangsjacke, Schliesszeug, Morphiumspritze; das ist oft das Milieu, in dem der akute Geisteskranke die ersten Zeiten seiner schweren Krankheit, nicht selten Wochen- und Monate lang, durchmachen muss, „behütet" von einem „Wärter", der nebenbei vielleicht noch Schutzmann oder Hausverwalter ist, jedenfalls von Irrenpflege keine Ahnung hat.

Oft wird auch der Arzt, wenn er moderne Grundsätze einführen will, an der Durchführung derselben behindert durch die Furcht des Publikums, von der auch die massgebenden Kreise nicht immer frei sind, vor der Gefährlichkeit der Kranken. Dass mancher Geisteskranke nur „tobt", weil er gefesselt ist, weil er in einer halbdunkeln Zelle eingesperrt ist, dass er ruhig wird, sobald ihm die Fesseln abgenommen werden, sobald er ins Bett kommt, das wird kaum geglaubt.

Erst vor wenigen Tagen wurde eine ganz harmlose, paranoische Frau aus unsrer Anstalt nach dem Krankenhause einer kleinen Nachbarstadt, in der sie heimathberechtigt war, überführt. Sie war über den bevorstehenden Transport sehr erregt, und sofort frug der zukünftige „Pfleger" nach Schliesszeug, und versicherte, in der Zelle würden sie mit ihr schon fertig werden.

An diesen Missständen zu tadeln, ist ja leicht; Verbesserungsvorschläge, die auch in kleinsten Verhältnissen durchführbar sind, zu machen, ist sehr schwer. Viel wäre schon gewonnen, wenn auch in kleinen Krankenhäusern ein Wachzimmer mit anschliessendem Bad und eventuell sogar nur Zimmercloset im Bedarfsfalle unter ständige Wache gestellt würde.

In grösseren Orten müsste unbedingt ein kleiner Wachsaal mit Bad und Abort, nebst Einzelzimmer, verlangt werden; selbstverständlich Dauerwache. Der Zusammenhang mit dem Krankenhaus ist hier gegeben.

Etwas anderes ist es mit der Angliederung grösserer Irrenabtheilungen an allgemeine Krankenhäuser.

Sie mögen, wie es an vielen Orten der Fall ist, an sich noch so gut eingerichtet sein, sie mögen Wachsäle und Dauerbäder, sie mögen psychiatrisch vorgebildeten Arzt haben, eines wird ihnen immer fehlen, das ist das nöthige Areal und die nöthigen Nebenräume, um die Kranken zu beschäftigen.

Je grösser die Abtheilung ist, um so länger müssen meistens die Kranken in ihr verweilen, ehe sie der definitiven Anstalt zugeführt werden. Aber nicht nur wir in unsrer Anstalt haben die Erfahrung gemacht, erst ganz neuerdings wird aus Wil (Dr. Schiller, psych.-neurol. Wochenschrift, 1905, Nr. 21) berichtet, dass auch die ganz akuten Geisteskranken, wie sie eben ein Stadtasyl birgt, mit grösstem Vortheil mit „Beschäftigung" behandelt werden Das wird in einer an ein allgemeines Krankenhaus angegliederten Irrenabtheilung kaum geschehen können.

Wenn wir unsere Gärten, die verschiedenen sonstigen Möglichkeiten, die Kranken abzulenken und zu beschäftigen, nicht hätten, es würde uns oft schwer

fallen, den Thätigkeitstrieb der Kranken in geordneten Grenzen zu halten.

Da nun, wie die Umfrage erwiesen hat, noch sehr viel Städte in Deutschland existiren, die wohl oder übel in nächster Zeit etwas für ihre Geisteskranken werden thun müssen, so dürfte es sich empfehlen, auch dort erneut der Frage näher zu treten, ob es nicht besser ist, auch eine kleine Anstalt lieber selbstständig zu stellen. Viele Städte besitzen in nächster Nähe — das müsste Vorbedingung sein — ein kleines Stadtgut, oder können etwas derartiges erwerben. Mit verhältnissmässig geringen Mitteln lässt sich dann ein Asyl schaffen, in dem viele, die sonst überführt werden müssten, Heilung finden, die andern wenigstens sachgemäss behandelt werden können.

Wenn diese Bemerkungen dazu beitragen, nur in einigen wenigen Städten die Frage der Unterbringung der Geisteskranken einer erneuten Erwägung zu unterziehen, so wird schon viel gewonnen sein. Dass dies geschieht, ist zu hoffen.

Die Thatsache, dass die Städte jetzt wieder, durch die Verhältnisse gezwungen, anfangen müssen, selbst für ihre Geisteskranken zu sorgen, dass nicht mehr dem Staat allein diese Aufgabe zufällt, ist historisch von grossem Interesse. Hat doch die Irrenpflege überhaupt in Stadtasylen, nicht in Landesanstalten ihren Anfang genommen.

So befand sich in Metz (Kirchhoff, Grundriss einer Geschichte der deutschen Irrenpflege) schon im Jahre 1100 eine Stiftung, welche ausschliesslich Geisteskranken Schutz und Pflege gewährte; auch für Nürnberg lässt sich schon vom Jahre 1377 ab die städtische Fürsorge für „Narren und Torote" nachweisen; 100 Jahre später begegnen wir auch in Frankfurt a. M. einem besonderen Gebäude für Geisteskranke. In Elbing wird schon im Jahre 1326 ein eigenes „Dollhausz" erwähnt. Von ärztlicher Behandlung war jedoch noch nicht die Rede, es handelte sich immer nur um „sichere Verwahrung". Immerhin waren es die Städte, welche zuerst Einrichtungen schufen, um die Geisteskranken, entsprechend den Anschauungen der jeweiligen Zeit, zu behandeln.

Und es sind jetzt wieder die Städte, welche anfangen, für ihr Gebiet selbständige Einrichtungen zur Pflege und Behandlung Geisteskranker zu treffen.

Wie nun die Stadt Chemnitz sich durch Schrift und Beispiel anderer hat bereit finden lassen, in der Irrenfürsorge neue Wege einzuschlagen, so werden auch andere Städte ihr folgen.

Hoffentlich ist die Zeit nicht mehr allzufern, in der das Inventar der letzten Zelle dem medizinisch-historischen Cabinet des Germanischen Museums in Nürnberg wird zugeführt werden können.

Mittheilungen.

— **Geistesstörungen in den Tropen.** Auf dem deutschen Colonialcongress hielt Dr. Albert Plehn (Berlin) hierüber einen Vortrag. Nach kurzer Berührung verschiedener tropischer Leiden, welche mit Hirnstörungen einhergehen, ohne dass letztere doch für den colonisirenden Europäer praktisch eine Rolle spielen, erörtert der Vortragende die wesentlich grössere Bedeutung, welche der Malaria in dieser Beziehung zukommt. — Nicht nur die infolge von Schlaflosigkeit, Unterernährung und deprimirenden Gemüthsstimmungen entstandene Neurasthenie, nicht nur Alkoholismus und Ueberhitzung oder angeborene Bestialität und mangelnde Selbstzucht lassen es zu Handlungen kommen, welche gemeinhin als Folgen des sogenannten „Tropenkollers" bezeichnet werden, sondern garnicht selten sind derartige Begehungsdelikte der Ausdruck echter Geisteskrankheit, die sich auf der Grundlage einer ungenügend behandelten Malaria entwickelte. Meist handelt es sich um Rindenläsionen, die das Bild einer rapide fortschreitenden Paralyse vortäuschen. Diese unterscheidet sich von der auf syphilitischer oder arteriosclerotischer Basis entstandenen Demenz aber dadurch, dass sie bei rechtzeitiger energischer Behandlung heilen kann. Wird der rechte Zeitpunkt versäumt, so bleibt die Heilung aus und der Zustand wird stationär oder schreitet weiter fort. Wenn so die schwersten Psychosen sich nachweislich herausbilden können, so liegt die Annahme nahe, dass auch leichtere Störungen vorkommen werden. In der That haben die als „Tropenkoller" bezeichneten psychischen Alterationen mit ihren Beeinträchtigungsideen und Neigungen zur Selbstüberschätzung manche Züge mit einzelnen Phasen in der Entwicklung einer progressiven Paralyse gemein. Deshalb sollte jedes Delikt draussen, das sich psychologisch nicht ohne weiteres in anderem Sinn erklären lässt, darauf geprüft werden, ob nicht wegen geistiger Erkrankung die Zurechnungsfähigkeit in Frage stand. Akute Malariaanfälle — auch während der „Inkubationsperiode", also etwa 48 Stunden vor Beginn des Fiebers — schliessen sie vielfach aus und müssen unter Umständen als strafbefreiend betrachtet werden. Aber auch die von Tropenneurasthenikern in Affekt begangenen Strafthaten können in vielen Fällen eine mildernde Beurtheilung finden, da Reflexion und Kritik hier oft in abnormer Weise ausgeschaltet werden. Akte überlegter, raffinirter Grausamkeit aber lassen sich selbst von den etwa in Betracht kommenden psycho-

pathischen Gesichtspunkten aus niemals entschuldigen und verdienen volle Ahndung wie in Europa.

Das Wichtigste bleibt unter allen Umständen, dass moralisch oder psychisch unzuverlässige Elemente durch sorgfältige Auswahl beim Engagement von den Kolonien ferngehalten werden, oder dass man sie doch bald thunlichst von dort entfernt, sobald sie als solche bekannt sind. (Deutsche Tageszeitung.)

— **Bayreuth.** Die neue oberfränkische Kreisirrenanstalt Kutzenberg bei Staffelstein (Director Dr. Kolb) ist jetzt ihrer Bestimmung übergeben worden. Nachdem unlängst sechs Kranke aus der überfüllten hiesigen Kreisirrenanstalt nach K. überführt worden waren, ist kürzlich der erste grössere Transport dorthin abgegangen.

— **Wiesloch** (Baden). Der Bau der hiesigen auf 1200 Kranke berechneten staatlichen Irrenanstalt (Direktor Dr. Fischer) ist soweit gefördert, dass jetzt ein Theil der Anstalt dem Betrieb übergeben werden kann. Die ersten 200 Kranken werden zunächst aus den fünf übrigen, schon längst überfüllten Irrenanstalten unseres Landes übergeführt werden. Der Bau einer weitern, für 1000 Kranke bestimmten Anstalt ist in Reichenau (Bodensee) in Angriff genommen.

Referate.

— Grunau-Elbing. Ueber Frequenz, Heilerfolge und Sterblichkeit in den öffentlichen preussischen Irrenanstalten von 1875 bis 1900. Marhold, Halle a. S., 1905. 64 S., Quart-Format.

Die seit 1875 in den preussischen Irrenanstalten eingeführten Zählkarten werden bekanntlich im Königl. statistischen Bureau verarbeitet, die Ergebnisse in dreijährigen Perioden in der „Preussischen Statistik" veröffentlicht. Dieses amtliche Quellenwerk kommt indessen wohl nur sehr wenigen Aerzten in die Hände. Es ist daher sicherlich ein Verdienst des Verf., dass er in mühevoller Arbeit aus der Fülle des Materials, das nunmehr für 26 Jahre niedergelegt ist, nach den im Titel genannten Gesichtspunkten ein Tabellenwerk zusammengestellt und in einer Ausgabe veröffentlicht hat, die für einen geringen Preis jeder Anstaltsbibliothek einverleibt werden kann.

Die Arbeit G's wird sehr zweckmässig mit einer geschichtlichen Einleitung eröffnet, welche alles für die Entwickelung der preussischen Irrenstatistik Wissenswerthe enthält. G. unterlässt es nicht auf manche Fehlerquelle hinzuweisen.

Die Erläuterungen, welche G. für den Abschnitt „Frequenz" giebt, verdienen Zustimmung. Die in diesem Abschnitt niedergelegten Zahlen bieten, obgleich die Zählkarten nicht allen Ansprüchen gerecht werden, ein sehr wichtiges Material, das noch oft verschiedenen Ausführungen zu Grunde gelegt werden wird. — Das Zahlenmaterial des Abschnitts „Heilerfolge" wird weniger benutzt werden können. Das subjektive Moment, welches hier bei der Ausfüllung der Zählkarten mitspielt, beeinträchtigt, wie auch G. gebührend hervorhebt, den Werth der Ergebnisse. — Ein objektiveres Bild erhalten wir in den folgenden Abschnitten in den Zahlen über Sterblichkeit und Todesursachen. — In einem Schlusskapitel vergleicht G. die einzelnen Anstalten. Die Lebensbedingungen der öffentlichen Anstalten sind sehr verschieden.

Beim Vergleich der Zahlen über Krankenbewegung, Todesfälle, Heilungen müssen sich daher grosse Differenzen ergeben. Diese Differenzen werden nur in unvollkommener Weise aufgeklärt werden können, da wir über die innere Thätigkeit der einzelnen Anstalten doch nur in grossen Zügen Nachrichten erhalten, und eine grosse Anzahl von einzelnen, auch zeitweilig wechselnden Faktoren das Gesamtergebnis jedes einzelnen Arbeitsjahres bedingt. So muss G., wenn er hier den Ursachen der Differenzen nachgeht, nothwendig in das Gebiet von Vermuthungen gerathen. Die Betrachtungen über den Einfluss der verschiedenen Behandlungsmethoden enthalten viel Wichtiges, es wird aber kaum möglich sein, einzelne auffallende Differenzen in befriedigender Weise zu erklären. Dazu sind eben die Verhältnisse der einzelnen Anstalt für den Fernstehenden, selbst bei gründlicher Kenntnisnahme der Jahresberichte, nicht durchsichtig genug und sie sind, wie schon hervorgehoben, durch so zahlreiche und wechselnde Einzelheiten beeinflusst, dass mir bei Erklärungsversuchen eine weitgehende Zurückhaltung geboten erscheint. — Die Bedenken, die G. auf Seite 35 bezüglich der Gefahren der landwirthschaftlichen Beschäftigung der Kranken laut werden lässt, lassen sich widerlegen, die weiteren hieran geknüpften Vermuthungen fordern zum Widerspruch heraus. Berechtigt erscheint hingegen die scharfe Absage, die G. dem fortgesetzten Gebrauch narkotischer Mittel zu Theil werden lässt.

Mercklin.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 30. 21. Oktober. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Weibliche Pflege bei männlichen Geisteskranken.

Vortrag, gehalten in der Versammlung des Vereins württembergischer Irrenärzte zu Pfullingen am 28. VI. 1905
von Dr. *A. Hoppe*-Pfullingen.

M. H.!

In einer eingehenden Studie zur Personalfrage, die hoffentlich in der nächsten Nummer der Laehr'schen Zeitschrift das Licht der Welt erblicken wird (inzwischen erschienen, Bd. LXII, pg. 477 ff), und die ich bei dieser Gelegenheit Ihrer wohlwollenden Prüfung empfehlen möchte, bin ich natürlich auch dem in letzter Zeit mehrfach aufgetauchten Vorschlag näher getreten, die Pflege männlicher Irren, dem Vorgehen der allgemeinen Krankenhäuser entsprechend, zum guten Theil weiblichen Kräften anzuvertrauen. Ich bin in der genannten Arbeit, die wesentlich die Verhältnisse der öffentlichen Anstalten berücksichtigt, zu einem überwiegend ablehnenden Resultate gekommen, wenigstens wenn Werth darauf gelegt wird, sich ein männliches Berufspersonal von social gehobener Stellung heranzubilden. Dennoch scheint mir die Frage so interessant, dass ich sie hier unter etwas geänderten Gesichtspunkten noch einmal besprechen möchte.

Wie sie wissen werden, ist man vor allem in Schottland schon sehr weit mit der Durchführung dieses Systems gegangen. Daselbst ist auch die bei weitem bedeutendste Publication zu unserm Thema erschienen, Robertson's Hospital ideals in the care of the insane*), eine Arbeit, von der ich nur bedauere dass sie in Deutschland so wenig bekannt geworden ist; vielleicht war das eigenartige, spöttisch ablehnende Referat von Ganter im Litteraturheft der allgemeinen Zeitschrift von 1903**) mit daran schuld. Eine andre Arbeit von Turnbull, ebenfalls von Ganter referirt***), ist mir im Original nicht bekannt geworden. Auch in den New-Yorker Anstalten wird theilweise auf den Männerabtheilungen weibliches Personal verwandt*), und in ausgedehntem Maasse in Holland, wo van Deventer in Meerenberg der Vater dieser Einrichtung war**). In Deutschland sind ihr als Fürsprecher namentlich Scholz sen.***) und Fürstner†) aufgetreten; practisch durchgeführt ist sie bisher nur an wenigen Anstalten, die jüngst Boege††) in der psychiatrischen Wochenschrift aufgezählt hat.

M. H.! Selbst wenn man auf die begeisterten Schilderungen der schottischen und holländischen Autoren nicht allzuviel Werth legen wollte, denn jeder ist geneigt an seinen Schöpfungen die Lichtseiten eher zu sehen als die Schatten, so sollte doch die rasche Ausbreitung des Regimes in beiden Ländern schon eher zu denken geben; gelten doch in Schottland, wie mir der Kollege Engelken — Alt-Scherbitz†††) schrieb, Anstalten, welche auf der Männerseite ohne weibliche Hilfskräfte arbeiten, bereits als rückständig. Und auch dieser selbst, dessen Dresdner Vortrag in der letzten Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie vielleicht manche von Ihnen gehört haben, hat von jener Art der

*) The journal of mental science. April 1902, pag. 261 ff.
**) B. LX. pag. 252.
***) Allg. Zeitschr. B. LXI. Litteraturheft pag. 321

*) Vgl. das Referat von Hoppe, State of New-York. Centralbl. f. Nerv. u. Psych. 1896, pag. 439.
**) van Erp Talmann Kip. Die Irrenpflege in Holland. Psych. Wochenschr. II, pag. 185.
***) Reform der Irrenpflege 1896, pag. 69/70.
†) Wie ist die Fürsorge für Geisteskranke. 1899, pag 52—54.
††) Psych. Wochenschr. VI, pag. 416.
†††) Ich habe ihm, ausser für werthvolle private Mittheilungen, noch insbesondere für die Freundlichkeit zu danken, mit der er mir entlegenes Material, schottische Anstaltsberichte u. a. m. zugänglich gemacht hat.

Irrenpflege einen vorzüglichen Eindruck nach Deutschland zurückgebracht.*)

Trotz alledem könnten die grossbritannischen Verhältnisse von den unsrigen so sehr abweichen, dass das, was sich dort bewährte, für uns ungeeignet wäre. Ich persönlich glaube das nicht. Man hat gesagt, dass das England der Gegenwart uns ungefähr das zukünftige Aussehen Deutschlands in fünfzig Jahren zeigte, vorausgesetzt, dass die Industrialisirung unsres Vaterlandes in demselben Tempo wie in unserer Zeit weitergeht. Und dass mit dieser Veränderung der wirthschaftlichen Konfiguration auch ein erheblich anderer Ersatz unsres Wartepersonals eingetreten ist, dafür möchte ich auf eine Aeusserung Hasse's, des früheren Directors von Königslutter, hinweisen; sie stammt aus dem Jahre 1876, aus einer Zeit also, da Deutschland noch ein Getreide exportirendes Land war. Er schreibt über seine Wärterinnen: „Das Angebot kommt ausschliesslich aus Kreisen und Schichten der Gesellschaft, die eine bedenkliche Einbusse an moralischer, intellectueller und körperlicher Gesundheit erlitten haben. Diese Mädchen haben meist wenig gelernt, oder das Wenige, was sie gelernt haben, wieder vergessen. Sie sind oft roh und gemein in Wort und Gesinnung, vielfach liederlich, dabei gemüth- und gefühllos, haben nur Sinn und Geschmack für rein Aeusserliches, sind putz- und vergnügungssüchtig, gar nicht selten ungesund, scrofulös und bleichsüchtig";**) und in ähnlicher Tonart geht es noch eine Seite weiter. Dagegen schreibt er über die Wärter: „Nicht so schlimm steht es mit unserm männlichen Wartepersonal. Zunächst ist die Auswahl eine viel grössere. Die Sicherheit ihrer Stellung, wenn die Wärter fleissig und namentlich wenn sie zuverlässig sind, und sich gut betragen, hat für eine grosse Menge junger Leute hier zu Lande ausserordentlich viel Lockendes."***) Es mag ja sein, dass bei dieser Auffassung der Wärterfrage locale Verhältnisse mitgesprochen haben; Sie werden aber zugeben, dass heute die allgemeine Characteristik des Personals grade umgekehrt auszufallen pflegt: bei den Wärtern spärliches und oft minderwerthiges Angebot, während das Material der Pflegerinnen trotz aller Untugenden angenehmer, zuverlässiger und ausdauernder ist. Ist doch die Industrie für unsern unbestritten werthvollsten männlichen Ersatz, den jüngeren Nachwuchs der Landbevölkerung, noch immer aufnahmefähig, ja, sie ist es für bessere Elemente mehr und mehr geworden, seitdem sie von dem alten Princip: „billig und schlecht" abgegangen ist; bei den Bauernmädchen herrscht aber auch jetzt noch erhebliche Abneigung, zur Fabrik zu gehen, und führt uns damit manche brauchbare Kräfte zu. Allerdings ist nicht zu verkennen, dass je weiter die Industrie vorrückt, diese Abneigung schnell zu schwinden pflegt; schon jetzt sind wir hier für den Ersatz unsrer Pflegerinnen fast ausschliesslich auf die entlegenen Dörfer des Oberlandes angewiesen.

*) S. a. Mayer, Archiv 1905, pg. 1219.

**) Zur Wärterfrage. Allg. Zeitschr. f. Psych XXXIII, pag. 574/75.

***) ebd. pag 576.

In meiner erwähnten Arbeit habe ich zu zeigen versucht, dass das einzige Mittel, aus dieser Misere herauszukommen, eine gründliche Aufbesserung der pecuniären und dienstlichen Stellung unseres Personals ist. Es genügt nicht mehr, hier, wie es z. B. Hasse thut, die Bezüge des Knechtes oder Tagelöhners zu Grunde zu legen, sondern die des verwöhnteren Industriearbeiters und ihm für die nothwendig längere Beschäftigung und geringere Freiheit Kompensationen zu bieten, die als solche der Industrie nicht zu Gebote stehen. Hier ergiebt sich aber zwischen öffentlichen und privaten Anstalten ein grosser Unterschied: der Staat, bezw. die Kommunalbehörden sind in ihrer Leistungsfähigkeit gewissermaassen unbeschränkt, während diese in Privatanstalten ihre Grenze findet an der Rentabilität des Betriebes, die in der Regel kostspieligere Wohlfahrtseinrichtungen verhindern wird. Und zumal diese, wie Dienstwohnungen, Pensionsberechtigung etc. hauptsächlich dem männlichen Personal zu gute kommen, liegt schon hierin für Privatanstalten ein mächtiger Anreiz, zur weiblichen Pflege überzugehen. Es kommt hinzu, dass, jemehr sich der Staat zu derlei Einrichtungen entschliesst, die strebsameren Anwärter sich um so eifriger an die öffentlichen Anstalten drängen werden; das wird für uns naturgemäss den männlichen Ersatz noch mehr verschlechtern.

Aber trotz aller Aufbesserungen werden immer nur relativ wenig Bewerber um die Pflegerstellen vorhanden sein, schon weil dem Dienste das Vorurtheil anhaftet, eigentlich Frauenarbeit darzustellen, und es ist nicht zu leugnen, dass in dieser Auffassung ein berechtigter Kern steckt. Schon das Füttern, Reinigen und Abwarten hilfloser Kranker bedeutet eine Thätigkeit, die mit Robertson's Worten „von Natur dem Weibe zukommt, aber für den Mann höchst widrig ist*); und auch die unvermeidlichen Nebenbeschäftigungen, das Umgehen mit Besen und Scheuerbürste, Geschirrreinigen und Messerputzen, sind Arbeiten, die dem Manne schlecht anstehen, selbst dann, wenn man sich entschliesst, derartige

*) a. a. O. pag. 275.



Dienstleistungen principiell nur im engsten Anschlusse an die Krankenpflege zu verlangen. Etwas anderes ist es mit der Aufsicht über rüstige und arbeitende Kranke, die auch in Schottland ausschliesslich von Männern ausgeübt wird.

Ein weiteres Argument, das vielleicht noch zu Gunsten der weiblichen Pflege angeführt werden könnte, möchte ich hier ausdrücklich zurückweisen, nämlich dass diese sich billiger stellen würde. Auch Robertson sieht sich veranlasst, vor dieser Missdeutung seiner Absichten zu warnen*), und wenn auch thatsächlich ein Pfleger nicht mehr leistet und daher ohne weiteres durch eine in der Regel geringer besoldete Pflegerin ersetzt werden kann, so würde ich es doch für fehlerhaft halten, auf solche Weise Ersparnisse erzielen zu wollen. Selbst einen von Fürstner ausgehenden Vorschlag halte ich für bedenklich, mit diesen Ersparnissen die Gehälter der übrig bleibenden Wärter aufzubessern**). Ich denke, man lässt — im Falle der Einführung — die Ueberschüsse am besten denen zu gute kommen, die sie uns einbringen, nämlich den Pflegerinnen selber; der Erfolg wird sich in der Qualität des Nachwuchses zeigen, die zu heben bei allen unsern Maassregeln unser erster Leitstern sein sollte.

Denn, m. H., ehe wir weiter auf die Frage eingehen, wie sich der Dienst im einzelnen mit weiblichem Personal gestalten würde, müssen wir jene andre aufwerfen, ob es mit unsern Pflegerinnen, so wie sie zur Zeit im Durchschnitt sind, überhaupt möglich sein wird, am männlichen Krankenbette zu wirken. Ich denke hier weniger an die wohl anfangs mit Sicherheit zu erwartende Opposition der Wärterinnen, denn sie dürfte zu überwinden sein, und vielleicht wird das Ende dasselbe wie in Schottland, wo schon der Dienst auf der Männerseite dem bei den Frauen vorgezogen wird***). Ernstere Bedenken schöpfe ich aus der sittlichen Führung vieler unserer Pflegerinnen. Sie wissen ja alle, dass Intimitäten zwischen Wärtern und Wärterinnen sich einfach nicht verhindern lassen, dass infolgedessen Schwängerungen leider nicht zu den seltenen Ereignissen gehören, und selbst wenn man, wie z. B. in Uchtspringe, Schwangerschaft zum Grunde sofortiger Entlassung macht, so hat doch eine Wärterin, die lediglich aus diesem Grunde von einer Anstalt abgegangen ist, nach der Entbindung keine grossen Schwierigkeiten, an einer andern wieder anzukommen. Ich erinnere hier an Naecke's bekanntes Paradoxon, dass Wärterinnen mit unehelichem Kinde oft die solidesten, tüchtigsten sind, weil sie für ein Wesen zu sorgen haben*). Dass wir aber die Pflege männlicher Kranker nur Wärterinnen von sittlich tadellosem Rufe überlassen können, dürfte feststehen, schon um allem möglichen Klatsche von vornherein die Spitze abzubrechen. Hier ist der Hebel anzusetzen, und zwar in dem Sinne, wie es Scholz in seinen vortrefflichen Broschüren zur Reform des Irrenwesens geschildert hat**), durch Einführung einer schwesternartigen Tracht und Organisation. Ist es auf diese Art Scholz gelungen, seine Pflegerinnen aus z. Th. sehr gut gestellten Kreisen zu ergänzen, so dürfen auch wir wohl hoffen, die Töchter des Mittelstandes, die so zahlreich und mit so gutem Erfolge in der allgemeinen Krankenpflege thätig sind, mehr als bisher für die Irrenpflege zu gewinnen. Auch der Kranke wird einer Pflegerin, die in der ihm wohlbekannten Schwesterntracht um ihn hantirt, mit ganz anderem Respect entgegenkommen, als einem Mädchen, das mehr oder weniger dienstmagdähnlich gekleidet auf der Abtheilung herumläuft. Dass ein solches Personal an Lohn und Behandlung wahrscheinlich höhere Ansprüche stellen wird, als das gegenwärtige, leugne ich nicht, halte das aber für keinen Nachtheil. Denn die Schwierigkeiten, denen wir im Verkehr mit unsern Untergebenen begegnen, liegen nicht zum wenigsten in der geringen Achtung, die ihrer Thätigkeit von ärztlichen und andern Vorgesetzten entgegengebracht wird.

Eine zweite Klippe, an der der Versuch in Deutschland unter Umständen scheitern könnte, ist der durchgehende Mangel an eigenen Unterkunftsräumen für das Personal; denn dass diese nothwendig werden würden, bedarf ja weiter keines Nachweises. In England hat man vielfach die Isolirzimmer zu solchen Wohnzimmern eingerichtet, bei uns ist über diese, wo sie in alten Anstalten reichlich vorhanden waren, meist wohl schon zu andern Zwecken, insbesondere für Wachsäle verfügt worden, während Wärter und Wärterinnen auch fernerhin die Schlafräume mit den Kranken theilten. Ich selbst habe mich von den Vortheilen dieses Gebrauches, der dem Personal eine ungestörte Nachtruhe jedenfalls nicht verbürgt, niemals überzeugen können, und würde mich freuen, wenn die Verwendung weiblicher Pflege diese sowieso schon etwas altersschwach gewordene Sitte weiter zum Schwinden brächte. Für die auf der Männerseite beschäftigten Pflegerinnen wird wohl nichts übrig

*) 33. Report of the Stirling District Lunacy-Board 1903. pag. 33.

**) a. a. O. pag. 53/54.

***) Robertson Hosp. ideals pag. 275.

*) Allg. Zeitschr. LI. pag. 1004.

**) Fortschritte der Irrenpflege 1894, pag. 60 ff., Reform d. I. pag. 61 ff.



bleiben, als entweder eine der vorhandenen Abtheilungen einzuräumen, oder ein besonderes mit Schlaf-, Speise- und Unterhaltungszimmern versehenes Pflegerinnenheim neu zu erbauen, auf den Abtheilungen aber, natürlich räumlich von den Patienten völlig getrennt, nur soviel Personal zurückzulassen, als zur Unterstützung der Nachtwachen unbedingt nothwendig ist.

Zuzugeben ist ferner, dass die weibliche Pflege nicht für alle Kranken geeignet ist, eine Beschränkung, die sie übrigens mehr oder minder mit allen unsern therapeutischen Hilfsmitteln theilt. Es werden immer hauptsächlich die ruhigen Wachsäle, Lazarett- und Siechenabtheilungen, dazu etwa noch vorhandene Kinderhäuser sein, die das Feld für das Wirken der Pflegerinnen abgeben; schon auf den unruhigen Abtheilungen werden sie versagen. Freilich glaube ich, dass man auch hier die Schwierigkeiten zu überschätzen geneigt ist, so gut, wie noch jede Reform in der Irrenbehandlung eine Unzahl düsterer, aber darum nicht weniger falscher Prophezeiungen hervorgerufen hat. Dass man die Pflegerinnen nicht gewaltthätigen Angriffen und namentlich nicht sexuellen Attentaten aussetzen darf, ist ja selbstverständlich, desgleichen, dass man überall auf die grösstmögliche Dezenz im Aeusseren zu achten hat. So kann man nach Robertson*) nicht verlangen, dass die Pflegerinnen die Kranken zum Abort begleiten, wohl aber mögen die Patienten im Saale mit Schirmen umstellte Nachtstühle benutzen. Es widerstrebt ihnen ferner, ausser Bett befindliche Unreinliche zu säubern, während er bei bettlägerigen Kranken in dieser Hinsicht keine Bedenken sieht. Beim Baden, beim An- und Ausziehen braucht man männliche Aufsicht. Jedoch ist immer zu bedenken, dass auch heute schon auf den Frauenabtheilungen unsere Pflegerinnen gelegentlich Sachen zu sehen und zu hören bekommen, die für ein unverdorbenes Gemüth auch nicht gleichgültig sein können, und andrerseits glaube ich, dass auch bei ihnen sich schnell jene Objectivität einstellen wird, über die der Arzt verfügt und mit der wir z. B. in chirurgischen Hospitälern die Schwestern bei Operationen jeder Art assistiren sehen. Man kann diese Entwickelung befördern, wenn man nach englischem Beispiele Werth darauf legt, dass die Oberpflegerinnen eine vollständige Hospitalausbildung genossen haben**), und auch ältere Pflegerinnen dadurch, dass man sie zeitweise an Krankenhäuser für körperlich Leidende abkommandirt, für die Aufgaben der allgemeinen Krankenpflege zu interessiren sucht.

*) Hosp. ideals. pg. 276.

**) Ebenda pg. 277 ff.

In nahem Zusammenhange mit dieser Frage steht die Ordnung des Nachtdienstes. Scholz denkt sich, dass man die Wachen von Männern versehen lässt*), während in Schottland die Pflegerinnen auf den ihnen überwiesenen Abtheilungen auch Nachts, aber nie einzeln, thätig sind; daneben werden die gesammten Räume der Anstalt von einer eigens dazu angestellten Nacht-Oberwärterin (night-superintendent) kontrollirt. Den von Robertson hierfür angeführten Grund, dass es nämlich Männern wie Frauen widerstrebt, einander beim Wechsel des Dienstes alle gemachten Beobachtungen mitzutheilen**), halte ich für beachtungswerth, ohne mich hier für eines der beiden Systeme entscheiden zu wollen. Als eine nothwendige Folge der Einrichtung betrachte ich es aber, dass auch die Oberaufsicht in den Männerhäusern zum Theil in weibliche Hände gelegt wird, wobei diesen Oberpflegerinnen auch die auf den Abtheilungen zu Hilfsdiensten noch beschäftigten Männer ohne Weiteres mit unterstellt werden. Dass diese sich weigern würden, einer Frau zu gehorchen, ist nicht zu befürchten, und ich bin in der angenehmen Lage, Ihnen mittheilen zu können, dass bei uns die Abtheilung für männliche Pensionäre schon seit langen Jahren von einer Frau geleitet wird; sie hat, ohne etwa geistig oder körperlich hervorragend befähigt zu sein, ihr Regiment über 8—9 Wärter, darunter ihr eigener Mann, stets zu unserer Zufriedenheit geführt, disciplinäre Schwierigkeiten haben sich nie ergeben. Auch in Schottland, wo jede Anstalt von Alters her ihre Matron (zu deutsch etwa Oberin oder Hausmutter), eine hoch angesehene, einflussreiche Dame in sehr selbständiger Stellung hat, als welche gelegentlich sogar die Frau des Direktors fungirt, haben sich die Wärter ohne Mühe unter das Commando der Assistantmatrons, die ungefähr unseren Oberpflegerinnen entsprechen, gefügt. Ganz entbehrlich wird allerdings ein Oberwärter niemals werden, schon zur Beaufsichtigung gewisser Vorgänge, bei denen man Frauen nicht zumuthen darf, anwesend zu sein.

Ich bin hiermit bereits zu dem letzten Punkt meiner Erörterungen gelangt, der Frage, wie nun Männer und Frauen auf den Abtheilungen zusammen arbeiten sollen. Hier sprechen alle Erfahrungen dafür, dass ein gemeinsamer Dienst, etwa so, dass den Pflegerinnen ein Wärter für die gröberen Dienstleistungen beigegeben würde, sich nicht empfiehlt. „Frauen weigern sich, manche in der Krankenpflege nothwendige Verrichtungen auszuführen in Gegenwart gesunder Personen des anderen Geschlechts, thun es

*) Reform. pg. 70.

**) Hosp. ideals. pg. 276.



aber ganz bereitwillig, wenn man sie völlig unter sich lässt", schreibt Robertson*), und Turnbull stimmt ihm in der Discussion zu dem Vortrag bei**). Man wird also eine reinliche Scheidung eintreten lassen, und Frauen wie Männern den Dienst in getrennten Räumen zuweisen; soll z. B. ein Kranker gebadet werden, so wird er von den Pflegerinnen dem betreffenden Badewärter übergeben. Das alles wird sich ohne Mühe regeln, umsomehr aber zweifle ich, ob sich im übrigen ein leidliches persönliches Verhältniss ausbilden wird. Ich bedauere, über diesen Punkt, nach meiner Meinung den wundesten in dem ganzen Projekt, in der Litteratur keine positiven Angaben gefunden zu haben, auch Fürstner***), der im übrigen dieselben Bedenken ausspricht, giebt nur Vermuthungen. Ich habe immer bemerkt, dass das Gefühl, in den Irren kranke, pflegebedürftige Menschen vor sich zu haben, dem Personal doch nur auf den Bettabtheilungen aufgeht; dem entspricht die bekannte Beobachtung, dass für die tüchtigeren Elemente diese Posten stets die begehrtesten sind, und dass sie es als Degradation auffassen, wenn sie von dort auf andere Stellen versetzt werden. Gerade dieser Dienst wird aber, mit Ausnahme seines unangenehmsten Theiles des Wachsaales für Unruhige, den Männern genommen werden, und ich fürchte sehr, dass die Rückwirkung auf die Wärter keineswegs von günstiger Art sein wird. Sie werden noch weniger als jetzt ein Verständniss für die Eigenart ihrer Aufgabe gewinnen, von Werthschätzung gar nicht zu reden, und doch wieder mit Eifersucht darüber wachen, dass nur die Pflegerinnen ihnen gegenüber nicht bevorzugt werden.

*) Hosp. ideals. pg. 276.
**) Ebenda pg. 287.
***) a. a. O. pg. 54.

Damit glaube ich, Ihnen das Für und Wider eingehend und unparteiisch dargelegt zu haben. Wenn ich zum Schlusse meine persönliche Meinung äussern darf, so halte ich auch heute noch den zuletzt angeführten Grund für so gewichtig, dass ich dort, wo man mit dem männlichen Personal einigermaassen zufrieden ist, zu dem Experiment nicht rathen möchte. Wo dagegen die Wärter andauernd wenig befriedigen, der Ersatz schwierig ist und zur Abhilfe sich nur palliative Mittel bieten, da scheint mir der Uebergang zur weiblichen Pflege immerhin werth, ernstlich ins Auge gefasst zu werden. Mag er auch ein Nothbehelf sein, so ist er doch ein solcher, der uns auf dem Wege, der Irrenanstalt immer mehr den Charakter des Krankenhauses zu geben, um einen gewaltigen Schritt vorwärts bringen wird.

Mittheilungen.

— Herr Prof. Dr. med. et phil. **R. Sommer**, Giessen, lässt vom 1. Januar 1906 ab (im Verlage von Carl Marhold, Halle a. S.) eine Klinik für psychische und nervöse Krankheiten erscheinen. Bei der angesehenen Stellung, welche der Herausgeber in der Psychiatrie einnimmt, darf man dem Werke mit dem grössten Interesse entgegen sehen.

Für die Herausgabe dieser „Klinik" sind, wie er im Prospect mittheilt, folgende Gründe maassgebend gewesen: „Die im letzten Jahrzehnt geschehene Entwickelung der psycho-pathologischen Untersuchungsmethoden ermöglicht es in vielen Fällen, Psychosen und psychisch-nervöse Zustände rascher und gründlicher zu erkennen, als es vorher der Fall gewesen ist. Aus der Schaffung exakter Untersuchungsmittel hat sich eine verbesserte Diagnostik ergeben.

Der Zweck der vorliegenden Schrift ist in erster Linie der, zu lehren, wie man durch bewährte und einfache Methoden in den einzelnen Fällen der psychiatrisch-neurologischen Praxis zu einer möglichst genauen Feststellung der Symptome und zur richtigen Auffassung der Krankheitsart gelangt. Gerade an den praktischen Arzt treten schon jetzt die diagnostischen Fragen bei beginnenden Psychosen und Psycho-Neurosen oft sehr dringend heran und werden es noch viel mehr thun, wenn die praktischen Aerzte nach der im Gange befindlichen Einführung der Psychiatrie in das medicinische Staatsexamen auch dem Publikum gegenüber als in der Psychiatrie unterrichtet erscheinen werden. Das gleiche gilt in noch höherem Grade von den an psychiatrischen Kliniken, Stadtasylen oder Abtheilungen von Krankenhäusern thätigen Aerzten, an die in immer höherem Maasse die Forderung einer schnellen und sicheren Erkennung der Krankheit gestellt wird. Aber auch die Psychiater an den grösseren Anstalten mit einem starken Ueberwiegen des Präsenzstandes über die Zahl der Neuaufnahmen können sich der allgemeinen Entwickelung nicht entziehen und werden besonders in Fällen von Begutachtung immer mehr genöthigt, von dem Werkzeug einer genaueren Methodik Gebrauch zu machen.

In der von mir geleiteten psychiatrischen Klinik in Giessen, in welcher auch Nervöse in grösserer Zahl Aufnahme gefunden haben, habe ich nun seit 10 Jahren fortschreitend mit der Ausbildung der Untersuchungsmethoden einerseits die in der Klinik behandelten Kranken mit diesen diagnostisch geprüft, andererseits den Unterricht der Studirenden in Psychiatrie unter Verwendung dieser genau analysirten Fälle möglichst im Sinne einer diagnostischen Schule



zu gestalten gesucht. Die Voraussetzung hierzu gewährten die gemeinsam mit den Aerzten der Klinik abgehaltenen Uebungen in der analytischen Behandlung des ganzen Gebietes. Dank deren sorgfältiger Mitarbeit hat sich in der Klinik eine sehr grosse Zahl von Krankengeschichten angesammelt, die eine Frucht mühevoller methodischer Untersuchung darstellen und von denen eine Reihe geeignet erscheinen, als Theile einer „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten“ verwendet zu werden. Ferner ist mit den hier ausgebildeten Methoden vielfach auch in anderen Anstalten des In- und Auslandes gearbeitet worden, so dass Beiträge von dort zu erwarten sind. Aus dem neurologischen Gebiet werden in erster Linie solche Fälle verwendet die mit psychischen Symptomen einhergehen, also das Mittelgebiet der psychisch-Nervösen betreffen. Jedoch sind dabei vielfach auch rein neurologische Untersuchungen und Ueberlegungen nöthig, um zu einer genauen Diagnose zu gelangen.

Besonders lag es entsprechend der fortschreitenden Ausbildung der psychophysischen Methoden nahe, gerade auch das Mittelgebiet zwischen Nerven- und Geisteskrankheiten mit Hilfe dieser zu erforschen und die Untersuchungsmethoden allmählich so zu vereinfachen, dass sie nicht nur für die ein instrumentelles Laboratorium benutzenden, sondern auch für die ohne ein solches untersuchenden Aerzte brauchbar werden.

Es hat sich nun ferner herausgestellt, dass die verbesserte Erkennung in vielen Fällen den Weg zu einer richtigen Behandlung weist. Die Diagnostik wird sich, wie in den andern Fächern der Medizin, auch in der Psychiatrie immer mehr als Voraussetzung der Therapie erweisen. Und zwar gilt dies einerseits für das Gebiet der Psychiatrie im engeren Sinne, andererseits für die grosse Gruppe der psychisch-nervösen Zustände und funktionellen Nervenkrankheiten im allgemeinen, deren Auffassung zur Zeit noch vielfach sehr unter der schematischen Einreihung in die üblichen Fächer der Hysterie, Neurasthenie etc. leidet, während die genauere Untersuchung der psychophysischen Funktionen vernachlässigt wird, die allein zu einer genau unterscheidenden Anwendung der einzelnen therapeutischen Mittel führen kann. Der Misserfolg in der Behandlung von funktionellen Nervenkrankheiten beruht häufig darauf, dass bei Mangel einer genauen Symptom-Analyse ein Mittel angewendet wird, das zu dem besonderen Charakter der Neurose nicht passt, während es bei anderen Voraussetzungen gut gewirkt haben würde. Wir stehen in dieser Beziehung erst im Anfange einer auf genauer psychophysischer Erkenntniss beruhenden Therapie.

Es soll also in dem vorliegenden Buche, in dem sich die Art einer neuzeitlichen Klinik darstellt, einerseits Symptomenlehre mit Diagnostik und Prognostik, andererseits die Behandlungsweise berücksichtigt werden. Dabei ist jedoch von der systematischen Anordnung eines Lehrbuches Abstand genommen, vielmehr sollen in dem Gange der Darstellung die rasch wechselnden Anforderungen der klinischen Praxis zum Ausdruck kommen.

Da am Schluss zur leichteren Orientirung eine Uebersicht des Materiales in Form eines Registers gegeben werden wird und da auch die Litteratur in dem Sinne verwendet worden ist, dass die am Ende jedes Aufsatzes genannten Schriften zur weiteren Einführung in das betreffende Gebiet dienen sollen, so wird das Buch sich als Nachschlagewerk für den Praktiker nützlich machen, dabei jedoch durch die klare Wiedergabe dem Leben entnommener charakteristischer Krankheitstypen mittels reproduktiver Anschauungsmittel eine trockene Darbietung des psychiatrischen Stoffes vermeiden.

Um der rasch fortschreitenden klinischen Methodik und Erfahrung Rechnung zu tragen, ist die Form der Vierteljahrshefte im Umfange von 5—6 Bogen gewählt, die nach Verlauf von 2 Jahren zum Abschluss kommen werden. Der Inhalt soll im Wesentlichen dem Gange einer über 2 Semester vertheilten psychiatrisch-neurologischen Klinik entsprechen und dem in Psychiatrie schon unterrichteten Arzt den lebendigen Zusammenhang mit den methodischen Fortschritten in diesem Gebiete vermitteln.“ D. Red.

Referate.

— Determann-St. Blasien. Die Diagnose und die Allgemeinbehandlung der Frühzustände der Tabes dorsalis. Verlag Carl Marhold, Halle a. S., 91 S.

Die diagnostischen Erfahrungen D's, welche den ersten Theil dieser Schrift bilden, sind bereits in dieser Wochenschrift Bd. 6, S. 155, wiedergegeben. In dem therapeutischen Theil vertritt D. die Anschauung, dass früh erkannte Fälle von Tabes zu einem fast gänzlichen oder lange Zeit dauernden Stillstand des Leidens mit Residuen gebracht werden können. Auch er ist der Ansicht, dass bei Frühfällen die Schmierkur, vorsichtig und unter günstigen äusseren Bedingungen vorgenommen, keine schädlichen Folgen hat und nicht selten günstig wirkt. D. lobt die methodische Freiluftliegekur und berichtet übersichtlich über zahlreiche Einzelheiten der weiteren Behandlung. Die Schrift verdient es, den praktischen Aerzten empfohlen zu werden. Mercklin.

— W. Weygandt. Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Verlag Carl Marhold, Halle a. S., 1905. 102 S.

W. schildert zunächst zwei im Aufnahmegebiet der Würzburger Klinik beobachtete psychische Epidemien, deren Entstehungsgeschichte und Verlauf er gründlich durchforscht hat. Die als „das Wunder von Trennfeld“ und als „die Hexe von Strahlungen“ bekannt gewordenen Begebenheiten sind für die psychiatrische wie für die kulturgeschichtliche Betrachtung von hohem Interesse. W. analysirt in beiden Fällen zuerst die psychisch kranke Person, von welcher die Angelegenheit ihren Ausgang nahm, dann das eigenartige psychische Verhalten der Volksmenge, die in Mitleidenschaft gezogen wurde, endlich die schwere geistige Erkrankung einer zweiten Person, die in beiden Fällen scheinbar infolge der allgemeinen Erregung eintrat und



zum Tode der Befallenen führte. Im zweiten Theile der Abhandlung giebt W. eine kritische Betrachtung der Lehre von der psychischen Infektion, bezw. dem induzirten Irresein, wobei vor allem die Arbeiten von Wollenberg, Schönfeld, E. Meyer Berücksichtigung finden und auch eigene Beobachtungen herangezogen werden. Die klinische Beobachtung ergiebt, dass als Induktionspsychosen wesentlich die Paranoia und die paranoïden Formen der Dementia praecox in Betracht kommen. W. nimmt an, dass auch depressive Affektionen übertragen werden, von anderer Seite wird dies neuerdings bestritten. W. stellt vier Gruppen von Induktion auf.

1. Gruppe: „Die psychopathologische Uebertragung." Ein Geisteskranker wirkt auf eine bis dahin psychisch intakte Persönlichkeit in dem Grade ein, dass diese das der primären Krankheit entsprechende Bild einer geistigen Krankheit zeigt. Dieser Vorgang wird ausserordentlich selten beobachtet. Häufiger ist die

2. Gruppe: „Die psychopathologische Auslösung." Hier findet sich das Auftreten eines verwandten Krankheitsbildes bei einem bis dahin geistig gesunden, aber belasteten und prädisponirten Individuum infolge des Umgangs mit einem Geisteskranken. Hierher gehören die gleichzeitigen und die gleichartigen Psychosen von Geschwistern, die psychischen Epidemien in Klöstern, Schulen, Internaten. Die

3. Gruppe: „Die psychopathologische Einpflanzung" ist mehr von theoretischer als von praktischer Bedeutung. Ein bereits geisteskranker Mensch übernimmt von einem zweiten Patienten gewisse Züge des Leidens und pflanzt somit seiner Psychose fremde psychopathologische Züge ein. Die

4. Gruppe umfasst jene Fälle, in welchen rüstige Personen durch Geisteskranke in dem Sinne beeinflusst werden, dass sie einzelne psychopathische Züge annehmen, wahnartig eingekleidete Vorstellungen, einseitig vorherrschende Affekte, selbst Sinnestäuschungen, weiterhin auch eine Handlungsweise in dem Sinne des primär Erkrankten. In dieser Gruppe liegt die sociale Gefahr einer psychischen Epidemie. — Dies sind die Endergebnisse der lesenswerthen Arbeit, in deren Verlauf W. wiederholt Gelegenheit findet, seine Anschauungen über flüssige Fragen der klinischen Formenlehre darzulegen. Mercklin.

— P. Schroeder-Breslau. Ueber chronische Alkoholpsychosen. Verlag Carl Marhold, Halle a. S., 1905. 82 S.

Während die auf dem Boden des chronischen Alkoholmissbrauchs erwachsenden acuten Psychosen, das Dilirium tremens und die acute Hallucinose der Trinker als gut umschriebene specifische Krankheitsbilder nicht angestritten werden, bedürfen die durch Alkoholmissbrauch bedingten chronischen Psychosen noch sehr der Durchforschung und Abgrenzung. Die ätiologischen Verhältnisse liegen, wie Sch. mit Recht hervorhebt, nicht so einfach und klar, wie es auf den ersten Blick erscheinen möchte. Neben dem Alkoholmissbrauch kommen offenbar „ätiologische Zwischenglieder", „innere Ursachen" in Betracht, deren Bedeutung wir noch kaum kennen. Verf. zeigt durch eine eingehende Besprechung der bisherigen Litteratur, besonders der deutschen über sog. Alkoholparalyse und über die paranoïden Erkrankungen der Trinker, wie verschiedenartig die Krankheitsfälle sind, die von den Autoren unter diesen Bezeichnungen zusammengestellt werden und wie verschiedenartig offenbar die Stellung des Alkohols in der Aetiologie dieser Beobachtungen ist. Er giebt dann eigene Kasuistik über paranoïde Erkrankungen und zeigt daran die Schwierigkeiten, die zur Zeit noch der Deutung chronischer Psychosen als ausschliesslich alkoholisch bedingter entgegenstehen. Als begünstigender, auslösender Faktor, möglicherweise auch als Moment, welches dem Krankheitsbilde im Beginn oder dauernd eine bestimmte Färbung giebt, wird der chronische Alkoholismus von Sch. anerkannt. Ob es aber chronische Psychosen giebt, die ausschliesslich durch Alkoholmissbrauch entstehen, ist nach Verf. zur Zeit noch nicht mit Sicherheit zu bejahen, wenn auch die Möglichkeit a priori zugegeben werden muss. — Das Ergebniss der Arbeit Sch.'s ist also vorwiegend ein negatives. Der Werth der Arbeit ist deshalb nicht geringer. Scharfe Kritik, wie sie hier geübt wird, muss zu neuen klinischen Forschungen den Anstoss geben. Mercklin.

— Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 39. Bd., 2. Heft.

Dinkler-Aachen: Ein Beitrag zur Lehre von den feineren Gehirnveränderungen nach Schädeltraumen.

Bei einem 59jährigen, stets nüchternen Mann traten schon 1 Tag nach einem relativ leichten Kopftrauma Zeichen psychischen Verfalls und Lähmungserscheinungen auf. Die nach $1^{3}/_{4}$ Jahr erfolgte Sektion des schliesslich völlig verblödeten Kranken ergab: hochgradige Gefässveränderungen im Gehirn mit Blutungen, Erweichungen und Höhlenbildung. In einem zweiten Fall, bei einem 10jährigen Knaben, waren 2 Tage nach einem Fall, durch welchen Schädelfissuren entstanden waren, schwere Ganglienzellenveränderungen in der motorischen Region zu finden.

Raecke-Kiel: Zur Abgrenzung der chronischen Alkoholparanoia. Die chronische Alkoholparanoia stellt eine selbständige Krankheitsform dar. Von der klassischen Verrücktheit unterscheidet sie sich nur durch einzelne unwesentliche Züge, die auf den Alkoholismus zurückzuführen sind. Die Entwickelung erfolgt entweder primär oder im direkten Anschluss an ein Delirium tremens resp. an einen acuten hallucinatorischen Wahnsinn. Sie ist streng abzutrennen von den transitorischen paranoiden Erregungen und von den terminalen Schwächezuständen im Sinne Kraepelins. Die Prognose ist auch bei vollständiger Abstinenz infaust. Die relativ seltene Krankheitsform wird durch 5 typische Beispiele illustrirt.

Buchholz-Friedrichsberg: Ueber die Geistesstörungen bei Arteriosklerose und ihre Beziehungen zu den psychischen Erkrankungen des Seniums.

Die durch Arteriosclerose bedingten Geistesstörungen können sehr verschiedenartig sein, bald ähneln sie der Dementia paralytica, bald der Dementia senilis, daneben giebt es Fälle, die ganz eigenartige Krankheitsbilder darbieten. Ebenso vielgestaltig ist auch der anatomische Befund, sowohl was die Lokalisation, als auch was die Qualität des krankhaften Processes betrifft. Die Zahl der relativ einfachen resp. typischen Krankheitsbilder ist eine beschränkte.

Warda-Blankenburg. Zur Geschichte und Kritik der sogenannten psychischen Zwangszustände. Auf die Verwendung des Begriffes der psychischen Zwangszustände im Sinne eines Complexes zusammengehöriger Krankheitszustände sollte man verzichten, der Name Zwangsvorstellungen ist vielmehr nur für die obsedirenden Vorstellungen der Zwangsneurose zu reserviren. Davon abzusondern sind die specialisirten Angstformen, wie die Versuchsangst und die allgemeinen bekannten Phobieen, das impulsive Irresein, die sexuellen Psychopathien, die obsedirenden Vorstellungen in psychischen Depressions- und Hemmungszuständen und das phrenoleptische Denken.

Wehrung-Strassburg. Beitrag zur Lehre von der Korsakoff'schen Psychose mit besonderer Berücksichtigung der pathologischen Anatomie.

Die amnestische Psychose Korsakoffs mit Polyneuritis ist als Krankheit sui generis anzusehen; aetiologisch liegt eine Toxämie zu Grunde, die durch Antitoxine oder Toxine gebildet wird, welche ihrerseits entstehen durch subacute oder chronische Vergiftungen mit Alkohol, mit Metallen und Metalloiden und ihren Verbindungen, durch die giftigen Producte des Bacterienstoffwechsels oder ihre Antitoxine, ferner im Verlaufe tuberculöser und carcinomatöser Kachexien. Oft bedarf es aber noch auslösender Momente in Gestalt von Traumen, epileptischen Anfällen, Intoxicationen etc. Anatomisch sind stets Veränderungen der peripheren Nerven nachweisbar, in vielen Fällen werden auch Faserdegenerationen in der Hirnrinde gefunden.

Meyer-Königsberg. Aus der Begutachtung Marineangehöriger.

Unter 24 zur Begutachtung gekommenen Personen befanden sich Fälle von Hebephrenie, Katatonie, Imbecillität, Hysterie, pathologische Rauschzustände und Epilepsie. Mehrfach waren die Kranken als solche sehr spät, oft erst nach wiederholten Bestrafungen wegen gleichartiger Delicte, erkannt worden. Verf. macht auf die Eigenarten der in Frage kommenden Krankheitsgruppen eingehend aufmerksam und empfiehlt das Abhalten von Vorträgen vor Offizieren.

Siefert-Halle: Ein Beitrag zur Paranoiafrage.

Im Anschluss an einen in allen Stadien klinisch genau verfolgten Krankheitsfall, der erst eine hypochondrisch-depressive Phase zeigte und dann in einen typischen - paranoischen Zustand überging, nimmt Verf. Stellung zum Begriff der sogenannten secundären Paranoia. Er kommt zu dem Resultat, dass dieser Begriff zu verwerfen sei.

Treitel-Berlin: Ueber die Beziehungen von Imbecillität und Taubstummheit.

Unter 43 israelitischen Taubstummen waren 7 selbst imbecill und 5 hatten imbecille Geschwister. Als Ursachen des häufigen gleichzeitigen Vorkommens von Taubstummheit und Imbecillität sind anzusehen: hereditäre Anlage und Verwandtenehen. Die letzteren sollten daher bis zu einem gewissen Grade verboten werden, z. B. diejenigen unter Geschwisterkindern, zwischen Onkel und Nichte, sowie zwischen Tante und Neffe.

Finckh (Tübingen): Beiträge zur Lehre von der Epilepsie.

Verf. hat die Krankengeschichten von 250 Epileptikern benutzt, um in sehr eingehender Weise einige mehr allgemeine Fragen zu studiren. Von seinen zahlreichen Untersuchungsergebnissen seien nur einige erwähnt. Die hereditäre Belastung ist die wichtigste Ursache der Epilepsie. Eclampsie und Epilepsie stehen insofern in Beziehung, als beide auf dem Boden einer meist durch hereditäre Belastung entstandenen erhöhten Reizbarkeit und verminderten Widerstandsfähigkeit des Gehirns erwachsen. Die epileptoiden Zustände sind nicht pathognomonisch für Epilepsie, kommen vielmehr auch bei einer Anzahl functioneller und organischer Störungen des Centralnervensystems und anderer körperlicher Organe vor. Je früher die E. einsetzt, um so schwerer ist Beginn und Verlauf. Es giebt zwar Fälle rein traumatischer E., aber sehr häufig sind noch andere Ursachen vorhanden; der Character der traumatischen E. ist im allgemeinen ein schwerer, der Ausgang in Demenz ist häufiger als bei der gemeinen E. Der Verlauf der Spätepilepsie ist meist ein relativ milder.

Arnemann-Grossschweidnitz.

Personalnachrichten.

— **Owinsk.** Dr. Winkler, bisher III. Arzt zum Oberarzt befördert. Dr. Baller, bisher I. Assistenzarzt zum III. Arzt befördert.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 31. 28. Oktober. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Trichophytie und andere Nebenwirkungen der Dauerbäder.

Von Dr. *Würth*, Oberarzt an der Landesirrenanstalt Goddelau.

Die Behandlung der Geisteskranken mit Dauerbädern hat, wenn man die Berichte aus Irrenanstalten und Kliniken vergleicht, wohl fast überall in Deutschland ihren Einzug gehalten, nur das Ausland ist noch rückständig und weiss von ihrer Anwendung vorerst noch wenig zu berichten. Aehnlich wie bei der Einführung eines neuen Arzneimittels wurden bisher nur die Vortheile dieses bedeutungsvollsten Fortschritts der letzten Jahre in der Behandlung Geisteskranker hervorgehoben und Nachtheile nur gestreift, weil die Beziehungen zwischen dem neuen Mittel und seinen Nebenwirkungen erst nach längerer Anwendung klarer, die Beweiskraft von Ursache und Folge durch die grössere Sammlung von Erfahrungen eindeutiger und zwingender wurden.

Ich habe bereits in einer früheren Veröffentlichung*) auf das Auftreten von Ohnmachten und Collapsen nach der Anwendung prolongierter Bäder hingewiesen. Sie sind meistens kurz und ungefährlich, nichtsdestoweniger möchte ich erwähnen, dass ich 3 Todesfälle bei ca. 15000 Bädern in unmittelbarem Anschluss an Dauerbäder erlebt habe, bei denen mir allerdings die Beweiskraft des Zusammenhangs zwischen Bad und Exitus nicht ganz zweifellos ist, weil bei hochgradiger Erregung Herz- und Gefässerkrankungen bestanden, so dass auch die letzten Ursachen an sich die Veranlassung des plötzlichen Todes gewesen sein konnten.

Wie nun die neusten experimentellen Untersuchungen von Busch & Plaut**) über die Wirkung der Dauerbäder ergeben, sinkt der Blutdruck während des Bades besonders im Beginn nicht unerheblich, die Ohnmachten sind demnach vielleicht als die Folge einer Hirnanämie aufzufassen und damit ist auch die weitere Möglichkeit, dass ähnlich wie bei einer tiefen Ohnmacht durch starke Blutdruckerniedrigung der Tod eintreten kann, nicht ausgeschlossen.

Im Gegensatz zu der Seltenheit von unerwünschten Herz- und Gefässwirkungen steht die Häufigkeit von Klagen über unangenehme Erscheinungen seitens der Haut. Zunächst sind hier anzuführen sehr intensive Beschwerden einzelner Kranker über quälendes Brennen der Handflächen und Fusssohlen besonders in den ersten Tagen, wenn das Bad Tag und Nacht fortgeführt wird. Sie sind besonders lebhaft bei Kranken mit derben Schwielen und Verdickungen der Epidermis, die sich oft nach einigen Tagen unter starker Quellung und Durchtränkung in dicken Lamellen abstösst.

Diese eigenthümliche Maceration ist offenbar auch die Ursache, dass trotz Ausschaltung des Körpergewichtsdrucks infolge einfacher Reibung mit der Wannenwand bei dekrepiden Personen selbständig Dekubitus auftreten kann. Ich sah in einem Fall, wo ich bei einer unreinen und körperlich sehr heruntergekommenen Idiotin in vorbeugender Absicht Dauerbad anwendete, Dekubitus auftreten und zwar successive am Ellenbogen, den Hüften und dem Kreuzbein. Es scheint danach, dass die absolute Verhütung des Dekubitus durch seine derzeitige idealste Behandlungsmethode, die Dauerbäder, doch nicht möglich ist. Ebenso unerfreulich wie die schmerzhaften Hautabstossungen sind Conjunctivitiden, die bei erregten Katatonikern und Idioten durch den ausgelösten Juckreiz zu ganz erheblicher Steigerung der Entzündungserscheinungen führen, wenn man nicht durch Cocaineinträufelungen die mechanische Irritation rechtzeitig ausschaltet. Auch bei chronischen Mittelohreiterungen kommt es unter dem Einfluss des Dauer-

*) Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie, Das Dauerbad, seine Anwendung und Erfolge. Bd. 59.

**) Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift No. 23. 1905.



bads zu unerwünschter stärkerer Sekretion oder auch durch Quellung des äussern Gehörgangs zu Sekretretention. Wesentlich bedenklicher sind die Wirkungen des prolongirten Bades bei vorhandener Furunkulose. Die Erfahrung hat gezeigt, dass die aufgeweichte Haut und die unvermeidliche Entleerung des Furunkeleiters in das Badewasser die Entwickelung allgemeiner Furunkulose begünstigt, ja geradezu hervorruft. Das Auftreten von Furunkulose der Vorderarme bei Pflegerinnen, die Dauerbadwache bei furunkulösen Kranken hatten, bewies mir, dass nicht allein Kranke, sondern auch das Personal durch das inficirte Badewasser gefährdet werden. Die weitere Beobachtung, dass die Behandlung der Furunkulose unruhiger Kranker, die doch das Hauptkontingent der Dauerbadbehandlung stellen, ausserordentlich schwierig, die Erkrankung deswegen oft direkt lebensgefährlich ist, giebt Anlass zu der weitgehendsten Vorsicht, wenn Furunkel festgestellt werden bei Kranken, die mit Dauerbädern behandelt wird. Auch die Desinfection der Wannen mit ihren Ausgussröhren ist schwieriger wie man glaubt, und wenn einmal die Furunkulose allgemeiner geworden ist, bringt man sie von der Abtheilung nur mit den grössten Schwierigkeiten wieder weg. Die grundsätzliche Vermeidung von Dauerbädern bei nachgewiesener Furunkulose ist, wenn kein Zufall im Spiel ist, der Grund, weshalb ich von Furunkelendemien in letzter Zeit verschont geblieben bin.

Unverhältnissmässig viel folgenschwerer sind die Störungen der Haut geworden, die ich infolge Infektion mit dem Trichophytonpilz (Trichophyton tonsurans), die gleiche Infektion besteht auch auf unserer Männerabtheilung, seit nunmehr 1½ Jahren auf meiner Abtheilung in ungefähr 150 Fällen beobachte. Trotz aller Gegenmassregeln scheint es mir nicht mehr möglich, der Infektion Herr zu werden. Da ich vermuthe, dass die in verschiedenen Anstaltsberichten angeführten Hauterkrankungen nach Dauerbad die gleiche Ursache haben, verlohnt es sich auf seine einzelnen Erscheinungsformen, wie sie in den neueren Lehrbüchern der Hautkrankheiten*) beschrieben sind, umsomehr einzugehen, als der Verlauf der hiesigen Endemie im Gegensatz zu andern Beobachtern zu beweisen scheint, dass derselbe Pilz bald oberflächliche, bald tiefgehende mit Eiterung verbundene Trichophytie zu erzeugen imstande ist, und dass nicht verschiedene Trichophytonarten die Verlaufsunterschiede bewirken. Ferner erzeugten die besonderen Infektionsbedingungen auch im klinischen Verlauf der Erkrankung kleine Abweichungen, die sich ohne Weiteres als Folge der durch das Badewasser erfolgten Infektion an den erweichten und praedisponierten Hautpartieen erkennen lassen. Es kam z. B. ausserordentlich selten vor, dass Gesicht und Kopf erkrankten, die Praedilektionsstellen sind fast ausschliesslich die der Wasserwirkung ausgesetzten Partieen vom Hals abwärts, während sonst Gesicht und Kopf besonders häufig erkranken. Dass neben der erweichten auch die frisch gebildete Epidermis besonders empfänglich ist, sah ich nach einer Verbrennung der Schulter, wo zunächst die frisch verheilte Epidermis der Schulter an Trichophytie zuerst erkrankte und nachher der übrige Körper. Als häufigste Trichophytieform fand ich den Herpes tonsurans maculosus disseminatus, d. h. eine akut auftretende Aussaat des Pilzes über grössere Bezirke des ganzen Körpers, die sich darstellte als rundliche oder ovale bis markstückgrosse Scheiben, die sich allmählich vergrösserten, vielfach konfluierten und am Rande sich aufblätternde, centrifugale Schuppung zeigten, während das Centrum sich schon in Abheilung befand. Die allgemeine Affektion, das akute Einsetzen des Exanthems über den ganzen, vom Badewasser umspülten Körper, während vielleicht eine isolierte Trichophytiescheibe vorher bestand, ist der sicherste Beweis für den Infektionsträger, das Badewasser.

Neben dieser häufigsten, disseminierten Form, die sonst als die seltenere gilt, fanden sich alle Uebergänge zum Herpes tonsurans circumscriptus und der Trichophytia profunda, die mit stärkerer Infiltration der Haut, der Bildung eitriger Pusteln und Knötchen und längerer Krankheitsdauer verlief. Verhältnissmässig selten kam die Sykosis parasitaria an den behaarten Hautpartieen zur Beobachtung, etwas häufiger die Trichophytia unguium, bei der die erkrankte Substanz des Nagels glanzlos, getrübt, bröckelig, gefurcht und halbmondförmig gegen die noch gesunde Nagelsubstanz abgesetzt erschien. Die Beachtung der Nageltrichophytie, die leicht übersehen werden kann, erscheint mir deswegen wichtig, weil sie ein regelrechtes Schneiden der Nägel, eventuell Behandlung mit Jodtinktur, Sublimatspiritus erfordert, um Reinfektionen der Haut durch Kratzen zu verhüten.

Die Entwickelung der Erkrankung bedarf anscheinend einer gewissen Inkubationszeit, sie kann auch auftreten, wenn das Dauerbad schon wieder ausgesetzt ist. Wenigstens konnte ich in einem Falle Trichophytia circumscripta feststellen, wo 10 Tage nach dem Aussetzen des Bades und nach erfolgter Isolierung wegen Erysipels die Innenseite der Oberschenkel, Achselhöhle und Brust an Trichophytie erkrankten. Vereinzelt kamen, nachdem die Erkrankung auf der

*) Jakobi „Atlas der Hautkrankheiten", Jarisch „Hautkrankheiten", Kopp „Atlas der Hautkrankheiten", Lesser „Hautkrankheiten".



Abtheilung endemisch geworden war, auch bei Kranken die circumscripte Form der Trichophytie vor, die nicht mit Dauerbädern behandelt waren.

Soviel über den Infektionsverlauf, bemerken will ich noch, dass von dem in den Baderäumen beschäftigten Personal einige an den Vorderarmen, eine an der Nasenwurzel mit ziemlich hartnäckiger circumscripter Trichophytie erkrankten, dass aber bisher das Personal im grossen Ganzen verschont blieb.

In den Bläschendecken und Schuppen einzelner Efflorescenzen, in den erkrankten Nägeln liessen sich nach Maceration in Kalilauge in vielen Fällen leicht die Pilzelemente in Form langgestreckter, mässig verzweigter, nur wenig Gonidien absetzender Fäden erkennen.

Der Verlauf der Erkrankung ist sehr wechselnd, sie trotzt oft wochenlang jeder Therapie, bald heilt sie spontan und ganz rasch, wenn die Bäder ausgesetzt werden. Die subjektiven Beschwerden sind, vom Juckreiz abgesehen, gering.

Da die grosse Ausbreitung der Erkrankung es mir unmöglich machte, eine Infektion zu verhüten, huldige ich jetzt einem gewissen Fatalismus, verzichte auf die Desinfektion des Baderaums und der Wannen, auf Separierung der trichophytösen Kranken von andern, weil sich doch alle Maassnahmen als vergeblich erwiesen. Ich versuche nur noch die Affektion durch Einreiben mit einer Schwefel-Naphthol Schälpaste auch während des Bades zu behandeln. Treten Reizerscheinungen auf, so verwende ich eine von Lassar angegebene rothe Salbe. Von vorbeugenden Einreibungen der ganzen Haut mit Vaselin kann ich mir nicht viel versprechen. Prophylaktisch werthvoller ist vielleicht die Austrocknung der Luft durch gute Ventilation der Badezimmer; das häufigere Auftreten der Trichophytie in dem feuchteren England deutet darauf hin, dass der Feuchtigkeitsgehalt der Luft bei der Entwickelung des Pilzes und der weiteren Unterhaltung der Infektionsgefahr vielleicht doch eine nicht unwesentliche Rolle spielt, überhaupt ist die starke Sättigung der Luft mit Wasserdampf in unsern Dauerbadeinrichtungen ein Missstand, der der Beachtung im Interesse der Kranken wie des Personals bedarf, da bei hoher Temperatur der Badezimmer ähnliche Bedingungen entstehen können, wie sie sonst zum Auftreten des Hitzschlags führen.

Dies sind, soweit meine Erfahrungen reichen, die Nachtheile, die ich während drei Jahren bei der Anwendung der Dauerbäder beobachten konnte, sie sind herzlich gering gegenüber Arzneimitteln ähnlicher Wirkung. Das beachtenswertheste Nebensymptom bleibt trotz seiner Seltenheit der Collaps und die Ohnmacht, bei welchen rechtzeitige, zweckmässige Behandlung eine dauernde Schädigung ausschliesst, dazu gehört allerdings neben geeigneter Belehrung des Personals die stets darauf gerichtete Aufmerksamkeit des Arztes.

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

Inhalt.

α) In der Familie des Kranken.
β) Sonstige private Familienpflege.
1. Anzeigepflicht.
2. Die Concession.
3. Weitere Garantieen der Familienpflege.
c) Die officielle Familienpflege.

Die Quellen sind dieselben wie für die Arbeit in Nr. 3 ff., 7. Jahrgang, der Psych.-Neurol. Wochenschrift.

A. Allgemeines.

Die möglichen Formen der Irrenfürsorge sind äusserst zahlreich. Es muss hier darauf verzichtet werden, sie alle anzuführen, da einzelne nicht ohne weitläufige Erklärungen verständlich sind.[136]) Vom juristischen Standpunkte aus lassen sich die Formen in folgende Haupttypen zerlegen.

1. Die öffentliche Anstalt. Es handelt sich hier zunächst um die eigentliche Irrenanstalt[137]), die nur bezügl. der Aufnahmebedingungen noch in Heil- und Pflegeanstalten zerlegt werden kann. Sie kommt entweder als Staats- oder als Provinzial- (Kreis-, Departements-, Bezirks-, Kantons-) oder als Communal- (Communalverbands-, Pfarrverbands-) Anstalt vor. Die juristischen Unterschiede liegen zumeist nur in der verschiedenen Beaufsichtigung, oft auch in der Zweckbestimmung. (Reservirt für die Bewohner des betreffenden Verwaltungskreises.)

Unter dem Titel der öffentlichen Anstalt sollen auch die Nicht-Irrenanstalten (Armenanstalten, Siechen-, Kranken-, Versorgungsanstalten, Arbeitshäuser, Gefängnisse[138]) etc.), soweit sie Irre aufnehmen, erwähnt werden.

2. Die Privatanstalt[139]). Als Privatirrenanstalt P. A. bezeichnen wir hier alles, was nicht zur „Familienpflege" (s. u.) gehört, und nicht im Auftrag des Staates von einer staatlichen Behörde errichtet ist.

Es gehören hierher, einerseits die Anstalten, die von Korporationen, Stiftungen, Verbänden des Privatrechts oder von mildthätigen Privatpersonen, ohne jede sichtbare Absicht ökonomischen Gewinns errichtet werden, andererseits die eigentliche Privatanstalt, d. h. eine Anstalt, die von einem „Unternehmer" (gleichviel ob Verein, Genossenschaft, G. m. b. H., A.-G., Gesellschaft des Handels- oder Bürgerlichen Rechts oder Einzelperson um ökonomischer Vortheile willen („lucri faciendi causa") betrieben wird.

3. Die Familienpflege. Es ist der Fall der Pflege eines Geisteskranken innerhalb seiner eigenen oder einer fremden Familie. (Im Grenzfall gehören dazu zwei Personen, der Geisteskranke und der Pfleger.) Der Unterschied zwischen 2 und 3 liegt im Zweck der Institution. Die Familie ist eine Gruppe, deren Zwecke im Allgemeinen andere sind, als Geisteskranke zu pflegen. Dieser Zweck kommt dagegen allein in Betracht für die „Privatanstalt".

Es ist evident, dass da, wo die „Familie" sich auf eine Person reducirt, und die Zahl der behandelten Geisteskranken grösser ist als eins, die Begriffe von Familienpflege und P. A. verschwinden, wenn sie nicht scharf gefasst werden.

Innerhalb der Familienpflege kann die Unterbringung in der nächsten Familie des Geisteskranken, bei Verwandten oder bei bestimmten in einem rechtlichen oder nur thatsächlichen Verhältniss stehenden Personen anders behandelt werden als diejenigen bei ganz „fremden" Leuten. Eine Abart der Familienpflege ist die „officielle", wie wir sie nennen wollen, d. h. die Bestimmung und Controlle der Pfleger durch einen staatlichen, zu diesem Zweck bestimmten Beamten, von einem Mittelpunkt aus. (Entweder von einer Anstalt aus (Anstaltskolonie) oder von einem ad hoc geschaffenen Centralpunkt (unabhängige Kolonie.)

B. Einiges über öffentliche Anstalten.

I. Begrenzung des Themas.

Innerhalb der Idee dieser Arbeit liegen nur die Maassregeln, die dem Geisteskranken in der öffentlichen Anstalt die Fürsorge garantiren, deren er bedarf.

Nun ist evident, dass unter einem gewissen Gesichtspunkte betrachtet, alles zur Bürgschaft werden kann; dass z. B. gute ökonomische Anstellungsbedingungen der Wärter, hohe Ansprüche an ihren Character, ihre Bildung und ihr Vorleben, ebenso viele Garantieen für die Behandlung der Kranken sind.

[136]) Erlenmeyer, in seiner (No. 3 ff. VII. Jahr.) cit. ausgezeichneten Schrift, spricht davon, wie sehr fruchtbar die Behandlung (auch die historische) der Frage nach dem „System oder Princip der Irrenpflege im allgemeinen" wäre. Er erörtert einige Formen, worauf wir verweisen, l. c. S. 14 ff. Ferner verweisen wir auf Dr. A. Gastpar: „Die Behandlung der Geisteskranken vor ihrer Aufnahme in die Irrenanstalt, mit bes. Berücksichtigung der amtlichen Fürsorge." Stuttgart, F. Enke, 1902.

[137]) Als welche immer ein Gebäude (oder den Theil eines solchen) als Betriebshauptstück voraussetzt.

[138]) Natürlich ist auch hier nicht die Rede von geisteskranken Verbrechern, sondern von Gefängnissen als Anstalten für vorübergehende Bewahrung.

[139]) Diese setzt nur einen „Unternehmer" voraus, d. h. einen Chef von irgend welcher Bezeichnung.



Doch sind diese Punkte meistens nicht im Gesetz geregelt, und fallen daher ausser Betracht. Ausserdem ist die vergleichende rechtliche Untersuchung darüber unfruchtbar, da das einzelne Land hier Missstände nur abschaffen kann, wenn ihm die nöthigen ökonomischen Mittel dazu zur Verfügung stehen, was immer in concreto zu entscheiden ist. Wir behandeln daher hier nur den Begriff der öffentlichen Anstalt, und berühren die Unterscheidung ihrer Arten und die Errichtung.[140])

II. Die Definition der öffentlichen Anstalt.

Da wir schon bemerkt haben, dass für uns öffentliche Anstalt jedes Gebäude ist, in welchem Irre von Beamten bewahrt und verpflegt werden, so ist klar, dass für alle diese Gebäude nicht eine Sammeldefinition gegeben werden kann.

a) Die eigentlichen Irrenanstalten.

α) Ein Unterschied zwischen öffentlicher und Privatanstalt wird in den Hauptpunkten nicht gemacht:

Belgien. Es wird eine Autorisation der Regierung für alle zu errichtenden Anstalten verlangt (loi art. 1.). Das Reg. art. 1er. sagt: Elle (l'autorisation) peut être accordée aux administrations publiques.

Schweden. Errichtung jeder Anstalt nur mit königlicher Genehmigung.

Neuenburg (loi art. 1.). Les établissements déstinés à recevoir et à soigner les aliénés sont placés sous la surveillance du Conseil d'Etat. (Art. 3) Nul ne pourra former etc. . . . . sans l'autorisation du C. d'Etat.

β) Die öffentliche Anstalt ist einfach die Staatsanstalt, d. h. die Anstalt, welche der Staat als Collectiveinheit errichtet hat:

Das ist der Fall in allen schweizerischen Kantonen, mit Ausnahme von Neuchâtel; ebenso in Baden, Bremen, Dänemark, Hessen, Finnland, Holland[141]), Sachsen (Kgr.), Sachsen-Weimar, Mecklenburg-Schw., New-York, Norwegen (§ 1), Serbien, Ungarn, Württemberg[142]).

Genf[143]) definirt die öffentlichen Etablissements als: „ceux qui sont placés sous la direction de l'autorité publique" (Loi art. 4). Waadt spricht von „établissements officiels"; sie sind „administrés par l'Etat". „Une loi spéciale en détermine l'organisation" (loi art. 3).

γ) Unter den Begriff der öffentlichen Anstalt fallen auch solche Institutionen, die von untern Verwaltungskörpern geschaffen sind.

Frankreich hat als öffentliche Anstalten nur die Departementsanstalten. Die Departements sind verpflichtet, eine Anstalt für Geisteskranke zu errichten oder mit einer öffentlichen oder privaten Anstalt dieses oder eines andern Departements einen (vom Min. d. Inn. genehmigten) Aufnahmevertrag zu schliessen.

In Bayern besteht die Pflicht der Kreise, Irrenanstalten zu errichten. Diese sind (ausser den Irrenkliniken der Universitäten) die öffentlichen Anstalten des Landes (Kreislastenausscheidungsgesetz v. 3. Juli 1876, Art. I und IV).

In Oesterreich sind öffentliche Anstalten diejenigen, die unter der Direction der Landesverwaltung stehen. Ges. v. 17. Febr. 1864.[144])

In Holland soll die Provinzialregierungsbehörde für Errichtung von Anstalten sorgen, wo nicht genügend Privatanstalten errichtet werden (wet. art. 11).

Preussen definirt die öffentliche Anstalt in einem Erlass vom 29. Juni 1896.[145]) Es seien „unter öffentlichen Anstalten für Geisteskranke . . . . nur die vom Staate, von Gemeinden oder sonstigen Communalverbänden errichteten Anstalten zu verstehen," nicht aber die von Privaten errichteten und betriebenen Anstalten, auch wenn sie nicht concessionspflichtig sind.

In England existiren an öffentlichen Irrenanstalten eigentlich nur solche für arme Geisteskranke (dann noch „Broadmoor" für geisteskranke Verbrecher).

Es sind dies die county and borough asylums (in welchen freilich auch Private lunatics untergebracht werden können). Die Lokalbehörden des self government (local government act. 1888), die county councils and county borough councils, haben die Pflicht und können von den commissioners dazu gezwungen werden, solche Asyle zu bauen (act. art. 238—247).

b. Die Nichtirrenanstalten.

Da die Nichtirrenanstalten, die Geisteskranke beherbergen, von recht verschiedener Art sind, und

[140]) Von der innern Verwaltung wird gelegentlich die Rede sein, ausserdem vgl. unser „Ueber die Garantie der Freiheitsrechte etc.".

[141]) Wet, art. 10.

[142]) Die genannten Staaten kennen keine Verpflichtung zum Bau von Anstalten. Derselbe wird von Fall zu Fall durch Gesetz (Spezialgesetz oder Budget) geordnet.

[143]) Man beachte, dass Frankreich von seinen öffentlichen Anstalten (Dep.-Anst.) sagt, sie seien „placés sous la direction de l'autorité publique." Genf hat diesen Verwaltungsrechtssatz zu einer Definition umgeformt.

[144]) Daimer I, S. 637.

[145]) Unger, S. 70.

von den allerverschiedensten, oft durchaus unklaren Grundsätzen beherrscht sind, so müssen wir uns darauf beschränken, eine Art von Aufzählung zu geben.

α) Spitäler. (Siehe auch *β*) Baden.)

Sie werden in sehr vielen Staaten benützt; aber nur wenige erlassen specielle Vorschriften. Basel [Land][146]) hat eine Irrenabtheilung (150 Betten), die mit dem allgemeinen Krankenhause verbunden ist, keine speciellen Aufnahme- und Entlassungsbedingungen hat, dagegen eine eigene Controlle.

In Belgien können Spitäler zur vorläufigen Unterbringung dienen[147]). In England und Frankreich können Spitäler die Berechtigung zur Aufnahme von Geisteskranken bekommen.

In Frankreich[148]) nur, wenn Abtheilungen für mindestens 50 Geisteskranke geschaffen werden, denselben ein eigener Chef (préposé responsable) gegeben wird und die darauf bezügl. Reglementsbestimmungen vom M. d I. genehmigt sind.

In England ist das „enregistered hospital" — das in eine Liste eingetragene Krankenhaus — einer der Hauptversorgungsorte der „private patients". Nach Einsicht der Pläne und der Lokale etc. durch die commissioners, „kann auf Grund ihres Berichtes einem Krankenhaus der Staatssecretär die provisorische oder definitive Bewilligung zur Aufnahme (6 Monate gültig) von Geisteskranken geben. Ein med. pract. muss im Hause wohnen. Die Commissioners erlassen die bezügl. Reglemente, deren Nichtbeachtung die Entziehung der Bewilligung zur Folge haben kann. Aufnahme von Geisteskranken ohne Bewilligung ist Delikt (Art. 230—237).

β) Plegeanstalten, Armenanstalten, Siechenhäuser.

Sie enthalten alle, wie die Statistik und gelegentliche Vorfälle zeigen, Geisteskranke, aber nur wenige haben besondere Bestimmungen. Von besonderem Interesse: die badischen Kreispflegeanstalten, die württembergischen Landarmenanstalten.

Meistens findet nur eine staatliche Ueberwachung dieser Einrichtungen statt, und auch diese ist oft nicht organisirt.

[146]) Nach einer gütigen Mittheilung des Herrn Dr. med. Gelpke, Director der Kant. Krankenanstalten.

[147]) loi. Art. 19.

[148]) loi, art. 7, ord. Art. 11, 12.

Ausserdem haben nach loi art. 24, die Civilhospitäler vorübergehend Geisteskranke aufzunehmen, die ihnen „d'office" vom Präfecten zugesandt werden. Wo es keine Spitäler hat, müssen die Maires für anderweitige Unterbringung sorgen.

In Baden soll eine nicht bloss vorübergehende Aufnahme eines Geisteskranken in Kreispflegeanstalten, Bezirks-, Gemeinde-, Stiftungs-, Korporationsspitälern (welche alle als öffentliche Krankenanstalten bezeichnet werden), nur auf Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses stattfinden, welches die psychiatrische Behandlung und die Unterbringung in einer Irrenanstalt für nicht erforderlich erklärt.

Aussteller: der zuständige Bezirksarzt oder der Vorsteher einer öffentlichen Irrenanstalt. Vorübergehende Aufnahme kann auf bezirksärztliches Zeugniss bei Dringlichkeit der Anstaltspflege und Verhinderung der Unterbringung in einer Irrenanstalt stattfinden.

Ist nach ca. 14 Tagen der Geisteskranke nicht in einer Irrenanstalt aufgenommen, dann Anzeige an den Bezirksarzt unter Vorlegung von Akten und Gutachten des Krankenhausvorstandes. Das weitere Vorgehen liegt in der Competenz des Bezirksarztes [siehe oben][149]).

In Schweden obliegt den Vorstehern von Versorgungsanstalten eine Anzeigepflicht an den Prediger und (auf dem Lande) Gemeindevorsteher bezw. (in der Stadt) Arzt bezüglich der darin befindlichen Geisteskranken (Stadga § 59, No. 2). Auch findet eine regelmässige Controlle durch den Gemeindevorsteher bezw. Arzt statt (§ 60).

In Graubünden (Armen-Ordnung, III, § 42 ff.) ist mit der Correctionsanstalt zu Realta eine Verwahrungsanstalt für unheilbare Irre verbunden. Sie steht unmittelbar unter dem Director der Correctionsanstalt, welche die nöthigen „Bediensteten" für die Besorgung der Irren anstellt. Es scheint eine gewisse ärztliche Controlle ausgeübt zu werden[150]). Doch könnte ein Mehr davon nicht schaden.

Gefängnisse: Aufnahme (vorübergehend) bald erlaubt (New-York) bald verboten (Belgien, Frankreich).

Speciell Spanien: hat Genesungshäuser (Casas de salud), die nicht für Geisteskranke eingerichtet sind, aber vier derselben aufnehmen können; wenn sie mehr aufnehmen wollen, so muss das Reglement von der Regierung genehmigt werden.

Speciell England: Vorübergehende Aufnahme von pauper lun. in work-houses (s. o.). Beaufsichtigung durch visitors, Armenbehörde, commissioners.

Speciell Italien: Anstalten für die Pellagrösen, Sanitätsherbergen (locande sanitarie), viel Aufnahmen in Armenhäusern.

(Fortsetzung folgt.)

[149]) L. V. 1895.

[150]) Oberaufsicht sehr mangelhaft. Nach einer gütigen privaten Mittheilung des Herrn Dr. Buol in Davos.



Mittheilungen.

— Die 76. ordentliche General-Versammlung des **Psychiatrischen Vereins der Rheinprovinz** findet am Samstag den 11. November 1905, Nachmittags 1 ½ Uhr, in Bonn in den Räumen der Lese- und Erholungs-Gesellschaft, Coblenzerstr. 35, statt.

Vorträge: a) Hoffmann-Düsseldorf, Trauma und progressive Muskelatrophie. b) Bericht der in der letzten Sitzung gewählten Commission. c) Kurella-Ahrweiler, über psychisch-nervöse Störungen nach Telephon-Unfall. d) Witte-Grafenberg, über das Quinquaud'sche Phänomen. e) Landerer-Andernach, über Typhus-Erkrankungen in der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Andernach. f) Herting-Galkhausen, ein neues Ansatzrohr für Darmeingiessungen.

— **Freiburg i. Br.** Die Freiburger Zeitung theilt folgenden, vor dem Kriegsgericht der 29. Division verhandelten Fall des Gebrauchs der Waffe durch einen Gendarmen gegen einen fliehenden Geisteskranken mit: Der geistig erkrankte Finanzpractikant K. von Müllheim irrte am 22. April d. Js. in der Nähe von Mengen umher und erregte den Verdacht einiger Leute aus Schallstadt und Mengen. Man machte dem Gendarmen Sch. in Menden Mittheilung von den Beobachtungen und dieser machte sich zur Nachforschung auf den Weg. Er fand K. auch und stellte ihn. Dieser setzte sich zur Wehr und entfloh dann. Der Gendarm, in dem sich nun der Verdacht gegen K. bestärkte, rief ihm Halt! zu, allein K. eilte weiter. Der Gendarm gab dann zwei Schreckschüsse ab, und als sie ohne Erfolg blieben, gab er einen scharfen Schuss ab, der den bedauernswerthen jungen Mann in die Brust traf und den Tod des Unglücklichen am 26. April in der psychiatrischen Klinik herbeiführte. Vor dem Kriegsgericht erklärte der Gendarm, dem fahrlässige Tötung mittels der Waffe zur Last gelegt wurde, er habe mit dem scharfen Schuss nach den Füssen des Fliehenden gezielt, um ihn an der weiteren Flucht zu hindern, in der Aufregung aber die Brust getroffen. Der Gerichshof sprach den Angeklagten frei mit der Begründung, dass objectiv wie subjectiv die Anwendung des § 36 des Bad. Gend.-Ges. vom 31. Dec. 1831 gegeben sei, während die Anwendbarkeit des Preuss. Ges. vom 20. März 1837 über den Waffengebrauch des Militärs verneint wurde. — Nach diesem badischen Gendarmerie-Gesetz, auf das die Entscheidung des Kriegsgerichts sich stützt, hat also der Gendarm sich keiner strafbaren Handlung schuldig gemacht, sondern in Erfüllung der für ihn geltenden Vorschriften gehandelt.

— Es sind eine ganze Reihe von Fällen bekannt, dass **Heerespflichtige sich aus Gewissensbedenken weigern, der Dienstpflicht mit der Waffe zu genügen.** Sie thun dies, obwohl ihnen bekannt ist, dass sie sich dadurch Freiheitsstrafen zuziehen. Über einen solchen, auch sonst psychologischen interessanten Fall berichtet im neuesten Bande der „Charité-Annalen" der Professor der Psychiatrie Dr. Köppen. Es handelt sich um einen Schuhmacher M., 1872 geboren, der 1901 als Reservist zu einer 14tägigen Uebung einberufen war, bei der Gestellung aber fehlte. Tags darauf ging von ihm folgendes Schreiben ein: „Als Endesunterzeichneter verweigere ich hiermit den Gestellungsbefehle Folge zu leisten, auf Grund der Menschlichkeit, welche von mir fordert 1) nicht zu töten, 2) den Nächsten zu lieben, 3) weil ich abrüsten will. Ich habe keine Feinde, denen ich mit Waffen entgegentreten müsste, woraus mir die Pflicht der allseitigen Liebe erwächst, und die ich mit der Abrüstung zum Ausdruck bringe. Mit Genugthuung sehe ich den Folgen meines Handelns entgegen." M. wurde darauf vernommen und erklärte: er könne es mit seinem Gewissen nicht vereinbaren, Waffendienste zu leisten, da er es als gegen die Gesetze der Menschlichkeit verstossend ansehe, Menschen zu töten (menschliche Pflichten stelle er höher als Staatsbürgerpflichten). Er sei für allgemeine Abrüstung und weigere sich deshalb, dem Gestellungsbefehle Folge zu leisten, obwohl er wisse, dass er hierfür strenge Bestrafung zu gewärtigen habe. Er theilte übrigens seine Ansicht über die Verwerflichkeit des Krieges mit vielen hochstehenden und hochgebildeten Personen wie dem Zaren von Russland, dem Grafen Tolstoi und Bertha von Suttner. Durch die Lectüre der Werke von Tolstoi, Bertha von Suttner, sowie socialistischer Schriften (er sei kein Socialdemokrat) sei er zu dieser Ansicht gekommen. Wenn Krieg werden sollte und der Feind im Vaterlande stände, behalte er sich vor, zweckentsprechend zu handeln, im Frieden übe er nicht. Da Zweifel an der normalen Geistesverfassung M's. auftauchten, wurde er zur Beobachtung in die Irrenklinik der Charité geschickt. Er begründete dort seinen Standpunkt in einer ausführlichen schriftlichen Darlegung. Daraus geht hervor, dass sich M. seinen Ideenkreis ausser aus Büchern aus Vorlesungen und Reden gebildet hat. Von Rednern, die er gehört habe, nennt er Bruno Wille, Steiner, Liebknecht, Bebel, Wilhelm Förster. Der Entschluss, eine Uebung nicht mitzumachen, wenn eine solche von ihm verlangt würde, stände bei ihm schon seit Jahren fest — so theilte er seine früheren Angaben ergänzend in der Charité noch mit. Er habe gedacht, einer müsse einmal anfangen, damit die Abrüstung endlich mal zu stande komme. Ob sein Thun in Wirklichkeit der Abrüstungssache etwas nütze, darauf komme es gar nicht an. Für die Beurtheilung sind noch zwei Thatsachen möglich. Er fühlte sich durch sein Thun durchaus nicht in seiner Persönlichkeit gehoben. Er meint, mit seiner Weigerung keineswegs etwas Besonderes zu thun. Es fehlt der Zug nach dem Grössenwahnsinn hin vollkommen. Zweitens ist M. vollkommen von der Empfindung frei, es geschehe ihm ein Unrecht, wenn wegen seines Verhaltens über ihn eine Strafe verhängt werde. Die Frage, die an Professor Köppen gestellt wurde, lautete: Ist M. geisteskrank? Die Frage wurde verneint. Sein Urtheil begründet Köppen wie folgt: „M. ist der Typus gewisser Weltverbesserer und Sectierer, ohne dass sich bei ihm



mit Sicherheit eine Geistesstörung nachweisen liesse. M. ist erfasst von einer Idee, die im Vordergrunde seines Bewusstseins steht und ihn zu Handlungen treibt, die seine persönlichen Interessen gefährden und seine Freiheit bedrohen. Man kann sich des Eindruckes nicht erwehren, dass dieses vollkommene Beherrschtsein von einer Vorstellung schon etwas ganz Ungewöhnliches ist und sich von dem, was man von dem normalen oder Durchschnittsmenschen gewohnt ist, sehr weit unterscheidet, aber es fehlen doch Anhaltspunkte um einen derartigen Zustand, wie er bei M. beobachtet wird als direkt pathologisch zu bezeichnen. Besonders auffällig in den Eingaben M's. an die Militärbehörden ist die Wendung, dass er „abrüsten wolle". Sie erweckt zunächst stark den Verdacht, als wenn er seine eigenen Kräfte und seine eigene Wirksamkeit bedeutend überschätze. Prüft man jedoch seine Anschauungen darüber näher, so ergiebt sich, dass diese Ausdrucksweise wohl ungeschickt ist, dass aber dahinter eine ganz folgerichtige Denkweise steckt. M. meint eben, im Grunde genommen, seine Theorie könne nicht ohne die That des Einzelnen zur Durchführung kommen, alle Agitation nütze nichts, wenn nicht der, welcher eine feste Ueberzeugung habe, nun auch daraus die Richtschnur seiner Handlungen entnehme. Er weiss, dass er sich durch sein Vorgehen sehr viel Ungelegenheiten zuziehen wird, aber man kann nicht sagen, dass er gerade in dem Gedanken an ein Märtyrium schwelgt. Er erklärt ruhig, er wolle die Folgen seiner Handlungen tragen, glaube nicht, grosse Erfolge damit zu erzielen, glaube aber, dass er das thun müsse, wozu ihn seine Ueberzeugung dränge." M. wurde mit sechs Wochen Festungshaft bestraft. Auch einer zweiten Gestellungsordre zu einer Uebung leistete er nicht Folge. Eine daraufhin angeordnete neue Beobachtung in der Charité ergab dasselbe Bild wie die erste. Köppel erörtert eingehend die wissenschaftliche Seite des Falles. Er schliesst sie damit ab, den psychologischen Vorgang bei M. als einen reinen Fall von „überwerthiger Idee" zu kennzeichnen.

(Vossische Ztg. 20 X. 05.)

Referate.

— Die krankhafte Willensschwäche und die Aufgaben der erziehlichen Therapie. Von Direktor Dr. Eschle. Fischer's med. Buchhandlung Berlin 1904, 198 S.

Nach interessanten nervenphysiologischen und psychologischen Vorbemerkungen, wobei sich Verf. als Anhänger Rosenbach'scher Theorien bekennt, werden die Störungen der Willensvorgänge und ihre Formen, und ihre therapeutische Beeinflussungen dargestellt. Der Heilwerth der Arbeit wird dabei besonders eingehend erörtert. Der Praktiker findet hier manche nützlichen Rathschläge und Winke.

Das Buch ist auf Grund reicher theoretischer Kenntnisse und praktischer Erfahrungen niedergeschrieben und kann dem Arzte bei der Behandlung Nervenkranker, namentlich bessersituirter Patienten, viele gute Dienste leisten.

— Dunton, Report of a second case of dementia praecox with autopsy. American Journ. of. Insanity. Vol. LX. 1904, S. 761.

Bei einer 37jährigen Frau traten ziemlich akut nach einer kurzen Depression Verfolgungsideen sowie Gesichts- und Gehörstäuschungen auf. Pat. wurde verwirrt, unruhig, nahm wenig Nahrung zu sich. Sie verblödete sehr schnell und starb nach 6 Jahren. Die Sektion ergab ausser pneumonischen Veränderungen und einer Nephritis eine deutliche Atrophie der Hirnwindungen. Microscopisch konnte eine Abnahme der Tangentialfasen nachgewiesen werden, ausserdem fand sich Pigmentvermehrung in den Ganglienzellen sowie Veränderung der chromophilen Substanz und des Kernes. Die kleinen Pyramidenzellen waren vielfach verlagert. Gefässe normal. Verf. glaubt, dass es sich um eine Autointoxikation handelt.

Schütte-Osnabrück.

— Heinrich Schüle. Ueber die Frage des Heirathens von früher Geisteskranken. II. Berlin 1905 bei Georg Reimer. 46 S. XI. 76. 1,20 M. Der Vortrag, für die Versammlung deutscher Irrenärzte in Dresden 1905 bestimmt, liegt nunmehr gedruckt vor in erweitertem Maassstabe und enthält alles Wissenswerthe in Bezug auf Anlegung von Tabellen über Erblichkeit, über klinische und biologische Fragestellungen, ferner genealogische Stammbäume und schliesslich Vorschläge zur Prophylaxe. Bei Handhabung der zur Diskussion gestellten Entscheidung empfiehlt Verf. „Ja nicht zu engherzig und nicht zu streng", „es sei denn, dass es sich um Sachlagen handelt, wo wir psychiatrisch auf festen Füssen stehen." In welchen Fällen stehen wir aber so? Einstweilen wird Sch. Vorschlag ein frommer Wunsch bleiben trotz der schwerwiegenden und überzeugend geschriebenen Erwägungen, die dafür sprechen.

Meyer.

— Herr Director Dr. Starlinger-Mauer-Oehling ersucht mitzutheilen, dass er der Einlage in No. 26 betreffs Drucklegung von Anstaltsberichten im Format dieser Zeitschrift vollkommen fernsteht und dass selbe ganz ohne sein Wissen erfolgt ist. Ich komme diesem Ersuchen hierdurch gern nach mit dem Bemerken, dass die Anregung zu dieser Einlage von mir ausging, und zugleich mit der Hoffnung, dass sie recht viel Anklang finden möchte. Dr. Bresler.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Beiblatt zu Nr. 32 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift.
4. November 1905.
Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranker. Nr. 34.

Am 20. April 1904, abends $9^1/_2$ Uhr, wurde die nebenstehend abgebildete Frauensperson in Siemianowitz, Kreis Kattowitz, obdachlos und umherirrend aufgegriffen und nach Feststellung ihrer Geistesschwäche dem dortigen Hedwigsstift zugeführt, später der Prov.-Heil- und Pflegeanstalt zu Lublinitz überwiesen.



Ausser dem Namen „Marenka" vermag die sehr schwerhörige und hochgradig stammelnde, polnische, ca. 25 Jahre alte Idiotin nichts über ihre Person anzugeben. Sie ist 156 cm gross, untersetzt, hat dunkelblonde Haare und Augenbrauen, braune Augen, leicht eingesunkenen Nasenrücken, verdickten Nasenknorpel, Nasenpolypen, schniefende Athmung bei verschlossenem Munde, dicke Lippen und mässig grosse Kropfgeschwulst. Zähne in gutem Zustande. Geht etwas schleppend und nach vorn geneigt. Plattfüsse. — **Kleidung:** Dunkelgrau karrirtes Umschlagetuch, blau und weissgeblumte Kattunjacke, blaue Leinwandschürze, schwarzer wollartiger Rock mit roter handbreiter Einfassung, grauer Leinwandunterrock, schwarze Tuchschuhe mit Ledereinfassung. Sie trug in der Hand einen zusammengelegten weissgeblumten Kattunrock.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft dieser Person dienen können, wolle man unter IIa 14956 dem Herrn Landeshauptmann von Schlesien mittheilen.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 32. 4. November. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur Ceni'schen Epilepsie-Behandlung.

Referat.

Ceni hat bekanntlich versucht, durch Einspritzung von Serum, das er aus dem Blute von Epileptikern gewonnen hatte, Epilepsie zu heilen. Er ist, wie aus mehreren neuerdings erschienenen Arbeiten*) hervorgeht, fortgesetzt bestrebt, die theoretischen Grundlagen seines Verfahrens festzulegen und zu begründen. Nach seiner Annahme verfallen beim Epileptiker die cellulären Elemente, welche den anatomischen Sitz der Krankheit repräsentiren sollen, unter unbekannten besonderen Bedingungen leicht der Phagolyse. Dabei würde der Organismus Gift für seine eigenen Zellen produciren. Diese specifischen Autotoxine setzten sich aus einer thermostabilen Substance sensibilisatrice (Zwischenkörper Ehrlichs) und einem thermolabilen Alexin zusammen. Ersteres, ein Ferment leukocytären Ursprungs, sei löslich, befinde sich frei in wechselnder Menge im Plasma und bedinge dadurch die verschiedene Giftigkeit der Sena, letzteres sei an Leukocyten gebunden und circulire nur in kleinen Mengen beim Epileptiker frei. Es sei aber auch nothwendig anzunehmen, dass ein Anticytotoxin, wohl in Gestalt eines Autiolexins, vorhanden sei, das die antitoxischen Wirkungen erkläre. Im Thierkörper bilde sich nach Injection von Epileptikerserum, als Reaktion auf das darin enthaltene Alexin, ein der Subst. sensibilisatrice entsprechendes Princip. Diese schon 1903 publicirten**) Anschauungen liegen den neuen Versuchen zu Grunde, werden aber schliesslich nur noch in vorsichtig verklausulirter Form aufrecht erhalten.

Ceni studirte zunächst noch ein Serum genauer, welches er von Ziegen oder Kaninchen, denen er mehrfach Epileptikerblut eingespritzt hatte, gewann. Dieses (von ihm „specifisches Antiserum" im Gegensatz zu dem nach Vorbehandlung mit normalem Menschenblut gewonnenen „normalen Antiserum" genannt) bewirkte zumeist bei Epileptikern in einer Dosis von 0,5—3,0 ccm injicirt eine kräftige lokale (Rötung, Schwellung) und allgemeine (Verwirrtheit, Anfälle, Fieber) Reaktion, während an gesunden Menschen viel höhere Dosen erforderlich waren, um weit geringere Erscheinungen auszulösen. Das normale Antiserum zeigte gleichfalls eine weit schwächere Wirkung, allerdings mit Ausnahmen, wo es gleichfalls recht kräftig wirkte. Solche Ausnahmen zeigen sich leider bei den Ceni'schen Versuchen recht häufig, sodass eine weitgehende Skepsis seinen Schlüssen gegenüber am Platze ist. Auch F. O. Huber macht gelegentlich*) darauf aufmerksam, dass die von Ceni als specifisch angesehene Reaction augenscheinlich nur die der Antikörper des normalen Bluteiweisses sei. Uebrigens fand auch Huber eine ganz auffallende Elektivität, indem nur gewisse Categorieen von Kranken, solche mit chronischen Entzündungsheerden, auf sein Serum, welches von mit menschlichem Ascites vorbehandelten Thieren gewonnen war, reagirten. — Ceni, der die Specificität seines Serums im wesentlichen als erwiesen ansieht, vermuthet als Träger derselben eine Subst. sensibilisatrice, die sie sich als thermostabil erweist. Specifisch nennt er aber ihre Wirkung nur mit einem gewissen Vorbehalt, in „einem weiteren

---

*) Ceni, über das Wesen und die Specificität der im Blutserum der Epileptiker enthaltenen toxischen Stoffe (Centralbl. f. Nerv. u. Psych. 1905, S. 213 u. fgd.); über einige Charaktere specifischer Antitoxine im Blutserum der Epileptiker (ebenda S. 372 u. fgd.); Sulla natura et sui caratteri dei principi tossici e antitossici naturali del siero di sangue di Epilettici (Rivista sperim. di Freniatria, Vol. XXXI fasc. II).

**) Ceni, specisfiche Autocytotoxine und Antiautocytotoxine im Blute der Epileptiker. Neurol. Centralbl. 1903, No. 8.

*) F. O. Huber, Ueber die physiologische Wirkung der Antikörper des menschlichen Eiweisses. Medicinische Klinik 1905. S. 349 u. fgd.



Sinne", weil ihm die auch von Huber hervorgehobene verwandte (wenn nicht identische?) Wirkung von sogenanntem specifischen und normalen Antiserum nicht entgangen ist. Was damit nun gewonnen ist, wenn sich das Specifische in einem weiteren Sinne verflüchtigt, ist nicht klar. — Durch öftere Zuführung des specifischen Serums suchte er die Widerstandskraft von Epileptikern gegen das Gift zu heben. Jedoch ohne Erfolg. Einerseits verschlechterte sich während der Behandlung der Gesundheitszustand der Kranken entschieden, andererseits nahm die antitoxische Kraft des Blutes erheblich ab.

Schon früher hatte er ja toxische und antitoxische Principien im Epileptikerblute unterschieden. Um die ersteren abermals zu untersuchen, nahm er eine neue grosse Reihe von Versuchen vor. Er spritzte 7 verschiedenen Epileptikern nach und nach gleiche Mengen des von 13 andern Epileptikern gewonnenen Serum ein, und er fand, dass alle Sieben auf vier der Sera gleichmässig und positiv reagirten, in derselben Weise, wie das oben vom Antiserum angegeben wurde. Hypertoxisch nennt er ein Serum, das in einer Dosis von 10 ccm schon beträchtliche Erscheinungen dieser Art auslöst, im Gegensatz zum Hypotoxischen. Letztere Eigenschaft ist die reguläre. Nur bei schweren Verschlimmerungen der Krankheit (Status, akute Verworrenheit) findet sich die Hypertoxische Eigenschaft, aber auch hier nicht einmal regelmässig. Die Steigerung des Giftgehalts gehe öfters den schweren klinischen Erscheinungen voraus, flaut darnach ab und ist daher keinesfalls als Folge, eher als Ursache derselben anzusehen. Einen Heilwerth hatte auch dieses Serum nicht; es verursachte vielmehr Verschlimmerung des Allgemeinzustands, besonders Vermehrung der Anfälle, sowie eine Verminderung der antitoxischen Kraft des Blutes.

Einige interessante Eigenschaften dieser hypotoxischen Sera seien noch angeführt. Spritzte Ceni einem Kranken, dessen Serum während einer Krankheitsverschlimmrung einen erhöhten Giftgehalt gewonnen hatte, sein eigenes Serum in dieser Zeit ein, so reagirte er nicht darauf. Nach Ablauf der Verschlimmrung und nachdem sein Serum wieder die normale hypotoxische Eigenschaft gewonnen hatte, reagirte er auf das gleiche, früher von ihm gewonnene hypertoxische Serum so lebhaft wie andere Kranke. Dies Phänomen nach der Ceni'schen Theorie zu erklären, dürfte nur mit weiteren Hilfshypothesen möglich sein. Bei verschiedenen Thierarten (Hund, Katze, Ratte, Huhn) erwies sich das hypotoxische Serum als indifferent. Ceni folgert daraus, dass nur beim Menschen, bezw. beim Epileptiker die sensibilisirende Substanz die ihr entsprechende Citase finde, aus deren Zusammenwirken allein die epileptogenen Toxine entstehen. — Eine ähnliche Giftigkeit konnte am Serum anderer Geisteskrankheiten (manisch-depressives Irresein, Katatonie, Delir. acut., Hysterie, senile Epilepsie) mit der gleichen Methode nicht aufgefunden werden. Auch dieses Serum ist thermostabil und wird daher, zugleich wegen seiner sonstigen ähnlichen Eigenschaften, in nähere Beziehung zum specifischen Antiserum gebracht.

Weiter beschäftigt sich Ceni mit dem Nachweis von gewissen antitoxischen Principien im Epileptikerblut. Setzte er zu einer Dosis von 0,25 ccm eines specifischen Antiserums, welches beim Epileptiker eine erhebliche Reaction hervorruft, 10 ccm des Serums eines andern Epileptikers, so blieb in vielen Fällen die Reaction aus. Ceni folgert aus dieser Erscheinung die Existenz von jenen toxischen entgegengesetzten Schutzstoffen. Schwerkranke zeigten sich regelmässig sehr arm daran; mehrfache Injektionen von specifischem oder normalen Antiserum ebenso wie hypotoxischen Serum setzten den Gehalt an Schutzstoffen erheblich herab. Der Antitoxingehalt des Blutes ist individuell stark verschieden, relativ am erheblichsten im normalen Ablauf der Erkrankung, d. h., wenn besondere Verschlimmerungen nicht vorliegen, scheint ohne Beziehung zu den Anfällen zu sein und nicht in einem gesetzmässigen Verhältniss zum Toxingehalt zu stehen. Ob die heilenden Principien im Blut mit diesen antitoxischen Eigenschaften etwas zu thun haben, lässt Ceni noch offen, wie er denn über direkte Heilversuche in den genannten Arbeiten nichts Neues beibringt. Zweifellos ist ihm klar geworden, dass die Verhältnisse auch in dieser Beziehung viel komplicirter liegen, als er zuerst anzunehmen geneigt war. Dazu kommt nun die Schwierigkeit der ganzen Experimentalmethode, die trotz zahlreicher Versuche noch auf unsicherer Basis steht. Nachdem sich Thiere dazu als ungeeignet erwiesen haben, glaubt sich Ceni gezwungen, an Menschen zu experimentiren, deren Blutverhältnisse selbst im labilen Gleichgewicht sich befinden. Auch ein sicherer Maassstab für die Giftigkeit des specifischen Serum, das als Grundlage sehr werthvoll wäre, existirt noch nicht. Zahlreiche Momente mahnen also zur vorsichtigen Beurtheilung der zum Theil doch recht widerspruchsvollen Resultate Ceni's. Auch die von anderen Seiten vorgenommenen Untersuchungen auf toxische Substanzen des Stoffwechsels bei Epileptikern (durch Krainsky, Hebold und Bratz u. a.) haben zumeist nur ergeben, dass bloss gewisse Epileptiker solche aufweisen. Zu besonderer Vorsicht in dieser Beziehung mahnt noch ein Befund



von Hebold und Bratz, die bei einer Anfallsreihe den Urin als sehr giftig für Mäuse feststellten, bei eines andern des gleichen Kranken aber nicht. Einstweilen kann daher noch nicht als erwiesen gelten, dass diese im Blute von manchen Epileptikern durch Ceni gefundenen toxischen Principien mit dem Wesen der Krankheit zusammenhängen. Vielleicht stellt ihr Auftreten nur eine mehr oder weniger wichtige Folge oder Begleiterscheinung derselben dar. Auch bei manchen andern Erkrankungen, z. B. Uraemie, Pneumonie, wurden eigenthümliche, aber anscheinend doch unwesentliche Antikörperbildungen*) beobachtet.

Ob Ceni's Anschauungen nun wirklich nur ein „vages Hypothesengebäude", wie Huber will, darstellen, oder ob in ihnen ein richtiger Kern steckt, müssen weitere Untersuchungen lehren. Einstweilen sind die von andern Autoren mit seiner Methode erreichten Erfolge nicht ermuthigend. Da die Auswahl der Blutspender bisher im Ganzen aufs Gerathewohl, ohne Rücksicht auf ihre antitoxischen Eigenschaften, die am ehesten von Bedeutung sein könnten, erfolgte, auch bestimmte Richtschnuren zur Zeit nicht einmal vorliegen, so konnten günstige Erfolge nur dem Zufall zu verdanken sein. Sala und Rossi kamen zu einem absprechenden Urtheil, Fickler-Kosten sah keinen wesentlichen Erfolg, auch Gerhartz jr. erreichte einen solchen bei seinen beiden Fällen nicht. Als auffällig erwähnt Letzterer, dass nach den Injectionen sich im kreisenden Blute eine Vermehrung der polynukleren Leukocyten auf Kosten der kleinen und grossen mononukleären und ersinophilen Zellen bemerkbar machte.

Gellus-Potsdam.

*) v. Dungern, die Antikörper, Jena 1903, S. 57.

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

(Fortsetzung.)

C. Die Privatanstalt.

I. Die nicht concessionspflichtige Privatanstalt.

a) Die Privatanstalt ist nur in den sub II genannten Ländern überhaupt concessionspflichtig. In den andern ist sie freies Gewerbe. Auch diese Länder stellen zum Theil Privatanstalten wenigstens unter die sanitärische Controlle der Medicinalbehörde. Weiter können die Staaten, in welchen die Ausübung der Medicin an ein Patent gebunden ist, von ihr verlangen, dass sie zur Behandlung der Geisteskranken einen patentierten Arzt zuziehe. Darüber hinaus geht die St. Gallische Sanitätscommission in einem Entscheid von 1895[151]).

Die Aufnahme Epileptischer und Geisteskranker incl. Blödsinniger könne nur unter der Bedingung gestattet werden, dass in der betr. Anstalt ein pat. Arzt seinen ständigen Aufenthalt habe.

Es würden also zur Aufnahme nur noch Alkoholiker und Altersschwache bleiben; da aber die Grenze zwischen solchen und Blödsinnigen oder Geisteskranken oft sehr schwer zu ziehen ist, könnten Konflikte mit der Sanitätsbehörde nicht ausbleiben, und es müsse daher, um solchen auszuweichen, einem Laien von der Errichtung einer derartigen Anstalt entschieden abgeraten werden.

Diese im Sinne einer richtigen Irrenbehandlung durchaus löbliche Entscheidung ist vollständig unhaltbar und überschreitet als eine Rechtssetzung in Urteilsform die Kompetenz des Sanitätsrathes um ein Bedeutendes. Die St. Gallische Irrengesetzgebung erschöpft sich in den Organisationsdekreten und Reglementen der Staatsanstalten, in dem Trinkergesetz[152]), das sich nicht mit der Erstellung von Privat-Asylen befasst, dem Art. 134 des Polizeistrafgesetzes[153]) und den Art. 2. und 4. des Sanitätsgesetzes. Dem Regierungsrathe ist nach Art. 15. die Erlassung von Reglementen und Verordnungen auf Grund der einschlägigen Bundesgesetze, eidg. Verordnungen und kantonalen Gesetze übertragen. Obwohl nun unserer Auffassung nach eine so wichtige Angelegenheit nur der eigentlichen Gesetzgebung überlassen werden sollte, so hat doch der Reg.-Rath die Kompetenz, auf dem Verordnungswege Vorschriften über Privat-Kranken- und Irrenpflege zu erlassen, wie das in Zürich und Bern geschehen ist.

Die Sanitätscommission hatte das Recht, von dem Petenten D. zu verlangen, dass er seine Irren „genau und sicher verwahre" (Pol. Str. G. art. 134). Ferner, dass er einen Arzt für die Heilbaren zuziehe (das Medicinalwesen umfasst die Vorschriften

151) Müller, St. Gallisches Verwaltungsrecht, Sammlung grundsätzlicher Entscheidungen. Nr. 728, Seite 189.

152) s. o. Note 35 S. 11.

153) s. o. S. 11.



betr. diejenigen Personen, welche sich mit der Heilung menschlicher Krankheiten befassen). Daraus hätte sich event. der Satz ableiten lassen, eine Pflegeanstalt für Unheilbare lasse sich ohne Arzt betreiben, wenn man nur solche Kranke aufnehme, die von einem pat. Arzte als unheilbar erklärt wurden (z. B. Paralytiker, inveterirte Paranoiker, senil Demente etc.).

Der Begriff „unheilbar" ist weder mit „altersschwach" noch mit „blödsinnig" identisch.

Endlich kann man aber nach den bestehenden Gesetzen nur verlangen, dass ein Arzt von Zeit zu Zeit (im besten Falle regelmässig) die Anstalt besuche. Dass er dort wohne, kann nicht verlangt werden.

Der Sanitätsrath hat an Stelle des Regierungsrathes eine Verfügung erlassen, welche, da sie seine Competenz überschreitet, unverbindlich ist.

β) In den Ländern, wo Concessionspflicht der Privatanstalten besteht, ist die nicht pflichtige in der Regel durch die Definition der pflichtigen mitdefinirt (s. u.).

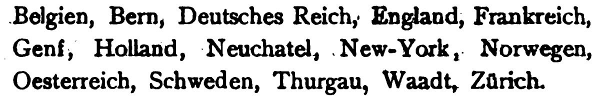
Für sie kommen im Allgemeinen an gesetzlichen Vorschriften nur die polizei-strafrechtlichen Bestimmungen über Bewahrung und Verwahrlosung von Geisteskranken bezw. gemeingefährlichen Geisteskranken, dann die civilrechtlichen Artikel über ihre innere Organisation (z. B. Stiftung, Corporation), endlich eine gewisse (zumeist nur sanitätspolizeiliche) Aufsicht des Staates in Frage.

Speciell Preussen, Sachsen, Württemberg. Zwar sind die Anstalten, die nicht durch die Reichs-G.-O. concessionspflichtig gemacht worden sind, es auch jetzt nicht; aber sie fallen dennoch unter die die Privatanstalten betreffenden Specialverordnungen.

In England ist das Recht der commissioner festgestellt, einen Menschen, der in einer wohlthätigen oder religiösen Anstalt als Geisteskranker behandelt wird, ohne dass vorher die gesetzlichen Formalitäten abgewickelt worden wären, zu besuchen. Sie können vom Vorsteher einer solchen Anstalt einen oder mehrere, unvorhergesehene oder regelmässige ärztliche (med. pract.) Berichte über den Betreffenden verlangen, und berichten selber, wenn sie es für nöthig finden, an den Lord-Kanzler, der Weiteres veranlassen kann (Art. 206).

II. Die concessionspflichtige Privatanstalt.

Der Staat verlangt die Einholung seiner Genehmigung zum Betriebe einer Privatanstalt (mindestens unter gewissen Umständen), wenigstens aber die Anzeige vom Betrieb derselben in den folgenden Staaten:



Belgien, Bern, Deutsches Reich, England, Frankreich, Genf, Holland, Neuchatel, New-York, Norwegen, Oesterreich, Schweden, Thurgau, Waadt, Zürich.

Innerhalb des Deutschen Reiches haben noch besondere Bestimmungen über Privatanstalten erlassen: Bayern, Preussen, Sachsen, Württemberg.

An dem Recht der Deutschen Einzelstaaten zur Erlassung von Vorschriften über die Beaufsichtigung der Privatanstalten und die Pflichten der Unternehmer hat die Reichs-Gewerbe-Ordg. nichts geändert.*)

a) *Definition.*

1. Alle Anstalten concessions- (autorisations-) pflichtig:

Belgien (loi art. 1). Im Belgischen Sinne ist Anstalt: jedes Haus, worin ein Geisteskranker durch eine Person verpflegt wird, die weder in irgend einem Verhältniss (aucun lien) der Verwandtschaft noch der Schwägerschaft zu ihm steht, noch sein Vormund, Beistand (Curateur) oder provisorischer Vermögensverwalter ist.

Holland (loi Art. 7). Anstalt = jede Wohnung (woning), in welcher jemand mehr als zwei Kranke, die nicht zu seiner Familie gehören, verpflegt. Familie: hier dürfte der regelmässig in einem Hause (unter der Obhut des Familienhauptes) befindliche Kreis gemeint sein. (Also nicht ohne weiteres = Verwandtschaft).

In Bern, Thurgau, Zürich ist Anstalt eine Behausung, welche der Beherbergung und Verpflegung von Geisteskranken gewidmet ist. Besonders rigoros ist Thurgau, welches die Aufnahme einzelner Kranker einfach als Betrieb einer Krankenanstalt bezeichnet und dem ganzen Régime dieser Anstalten unterwirft, was Zürich nicht thut.

Der Begriff der Familienpflege existirt für Thurgau also nur bezügl. der „eigenen" Familie.[155])

Dagegen ist die Familienpflege (im eigenen und fremden Hause) frei im Kt. Bern. Dieser spricht immer nur von Anstalten, i. e. Einrichtungen, die einen bestimmten Zweck (Heilung von Geisteskranken) in erster Linie verfolgen.[156]) Dasselbe hat für Frankreich und Neuenburg zu gelten. Es wird nur von „Etablissement" gesprochen. So auch Oesterreich und Spanien.[157]). Da in Schweden und Nor-

[154]) Ges. v. 24. Nov. 1893.

*) v. Landmann a. a. O. I. S. 216.

[155]) Thurg. Verordg. 1895, § 1, Abs. 3, oder „ausnahmsweise auf Grund bes. Verhältnisse".

[156]) Bern V. 1865. § 1, § 2 Absch. 4.

[157]) France loi art. 3 „Etablissements pr. consacrés aux aliénés" . . . . . Neuchatel loi art. 3, idem. Oesterr. MV. 1874 § 1. Spanien, Ges. art. 10.



wegen die Privatpflege genau geregelt ist, kann trotz des Mangels einer Definition der Anstalt ihr Begriff nicht zweifelhaft sein.

Da zudem in beiden Staaten eine Concession zur Errichtung benöthigt wird, so ist eine Anstalt: ein Gebäude, dessen Zweck Aufnahme von Geisteskranken zur Pflege oder Heilung ist.[158])

Eine Anstalt kann also in einer Einzelwohnung überhaupt nicht betrieben werden.

Genf und Waadt geben gesetzliche Definitionen.

Genf: les établissements privés sont ceux qui sont dirigés par des particuliers ou par des sociétés (Art. 5).

Waadt: La dénomination d'etablissements privés comprend toutes les maisons de santé et tous les asiles tenus par des particuliers ou par des sociétés.

Die Definition von Genf (die eigentlich keine ist, denn sie repetirt nur den Begriff) ist unanfechtbar. Sie ist dieselbe wie für Frankreich, Neuchatel etc. Die Bestimmung des Art. 7, dass niemand einen Geisteskranken beherbergen dürfe, ohne davon Anzeige zu erstatten, macht es sehr wahrscheinlich, dass diese Etablissements alle unter die Aufsicht des Staates kommen.

Die Definition des Kantons Waadt ist discutabel.

Dem Terminus „établissement" werden die ebenso dunkeln der „maisons de santé" und des „asile" untergeschoben.

Diese Begriffe, der französischen Rechtssprache entlehnt, werden in französischen juristischen und psychiatrischen Schriften promiscue gebraucht, und haben durchaus keine scharfe Abgrenzung.

Doch wird der Fehler sachlich wieder gut gemacht durch die Bestimmung, dass die Familienpflege bei Fremden denselben Bedingungen unterworfen ist, wie die Privatanstalten. Immerhin fehlt eine brauchbare Definition der Privatanstalten.

Weder Genf noch Neuchatel verlangen a priori, dass die Anstalt ein ganzes Haus für sich umfasse.

2. Nicht alle Anstalten concessionspflichtig.

Deutsches Reich, England, New-York. Nicht concessionspflichtig sind im deutschen Reich die Anstalten, deren Betrieb nicht gewerbsmässig ist, d. h. also nicht gegen Entgelt geschieht.[159])

Auch die „Familienpflege" ist freies Gewerbe. Concessionspflichtig ist die Errichtung oder der Betrieb einer Anstalt, im Sinne der oben besprochenen Definitionen.

Alle Wohlthätigkeitsanstalten sind also concessionslos.[160]) Dasselbe gilt für New-York, wo im Uebrigen die Privatanstalt durch Anführung von Beispielen definirt wird als „an asylum, institution, house or retreat for the care, custody or treatment of insane or persons of unsound mind, for compensation or hire . . . .".

England stellt den licensed houses die Wohlthätigkeits- und religiösen Anstalten gegenüber, die nicht concessionspflichtig sind, dafür aber einem besondern Regime unterworfen werden (s. o.).

b) Die concessionirende Behörde.

1. Das Staatsoberhaupt.

Holland (Art. 7, König), Schweden (stadga § 52, König), Norwegen (lov § 1, König).

2. Die Regierung oder ein Minister.

Belgien (loi art. 1, gouvernement), France (loi art. 5, gouvernement; M. d. Inn.), Bern (Direct. d. Innern, Abth. Gesundheitswesen V. 1865, § 1), Genf (loi art. 4, cons. d' Etat), Oesterreich (V. 1874, § 1, Politische Landesbehörde), Neuenburg (loi art. 3, conseil d'Etat), Thurgau (§ 1, V. 1895, Reg.-Rath), Zürich (V. 1899, § 1, Dir. d. Gesundheitswesens).

3. Eine Verwaltungsbehörde.

Deutsches Reich (Höhere Verwaltungsbehörde G.-O. § 30, d. h. Bayern § 10, Vollz. Verord. 29. März 1892, Genehmigung d. d. Districtsverwaltungsbehörde). Preussen der Bezirksausschuss (Ausf. Amv. zur G.-O., Ziff. 34 und § 115 des Zuständigkeits-Gesetzes v. 1. Aug. 1883).

Sachsen, Kreishauptmannschaft unter Zuziehung des Kreisausschusses, § 27 d. Org.-Ges. v. 21. April 1873. Württemberg, Kreisregierung, § 5 der Min.-Verf. v. 9. Nov. 1883. Baden, Vollz.-Verordg. v. 23. Dec. 1883, § 34—37; Antrag an das Bezirksamt, Genehmigung d. d Bezirksrath. Hessen, §§ 41, 42 der Vollz.-V. v. 22. Sept. 1901.[161])

4. Eine Specialbehörde.

England, die commissioners in lunacy (in ihrem Bezirk, sonst die Friedensrichter, Art. 207). New-York, State comm. in lun.; Ges. 1896.

Der Rückzug geschieht in England durch den Lord Chancellor.

[158]) Schw. Stadga § 52. Norwg. lov. § 1.

[159]) Dr. von Landmann (-Rohmer) GO. f. d. D. Reich. München 1903, Komm. zu § 30.

[160]) Das Resultat davon ist eine sehr mangelhafte Einrichtung dieser Anstalten.

[161]) v. Landmann, a. a. O.

c) Der Unternehmer als Träger der Concession.

α) Seine Formen.

1. Er kann eine öffentliche Verwaltung sein.

Belgien (ord. art. 1), Norwegen (ex. § 2).

2. Es kann eine Gesellschaft (Corporation etc.) oder eine Einzelperson sein. Das ist ausdrücklich gesagt in: Genf (loi art. 5), New-York (law. Art. 145), Schweden (§ 52), Spanien (art. 10), Waadt (Art. 3). Implicite in Holland [Art. 7 (jemand), Art. 8]. Es fehlt jede Allusion an eine Einzelpersönlichkeit; es wird nur von der Anstaltsleitung (het gesticht = Anstalt) gesprochen, ähnlich Oesterreich (M. V. 1874, passim), so auch England (art. 207).

Zürich (solche Bewerber, welche . . . . .). Indem Zürich (V. 1899, § 1) Bewerbern, welche hinreichende Gewähr . . . etc. bieten, Einzelpersonen, welche in bürgerl. Ehren und Rechten stehen . . . . etc. gegenübersetzt, sagt es, dass es auch an Bewerber, die nicht Einzelpersonen sind, eine Bewilligung ertheilt.

Wenn später (§ 5) gesagt wird, dass die Bewilligung nur für die Person gelte, auf welche sie baute, so heisst das ebensowohl juristische, als physische Person.

3. Es kann nur eine Einzelpersönlichkeit sein, und zwar entweder:

jede beliebige Person, welche die Bedingungen des Gesetzes erfüllt, so:

Deutsches Reich (G.-O. § 30). Es geht nicht sowohl aus dem Gesetzestext, als aus den Motiven zum Gesetz hervor. Das Wort Unternehmer könnte ebensowohl für eine Collektivperson gelten. Auch wenn von der Unzuverlässigkeit des Unternehmers gesprochen wird, ändert das nichts an der Sache.

Thatsächlich hat die Jurisprudenz so entschieden, dass nur Einzelpersonen Inhaber der Concession sein können. Wenn Preussen (M.-V. 1901, § 21, 5) von dem Betrieb eines Unternehmens durch eine nicht physische Person spricht, so ist ein concessionsfreies (nicht lucratives) Unternehmen gemeint.

Norwegen (lov § 2) spricht von Privatpersonen. Jeder Zweifel fällt, wenn in § 3 gesagt wird, dass der Besitzer, wenn er Arzt sei, die Anstalt selber dirigiren könne, oder der Unternehmer muss Arzt sein.

Bern (V. 1865, § 2, Abs. 3, 4) „ein patentirter, zur medicinischen Praxis im Kanton berechtigter Arzt", auch wenn die Anstalt nur theilweise für Geisteskranke berechnet ist, d. h. auch für Krankenanstalten oder Nervenheilanstalten, Pensionen etc., die Geisteskranke aufnehmen. Die Bestimmung ist sehr brauchbar, um die zweifelhaften Zwischenformen mit falschem Namen zu fassen.

Thurgau (V. 1895, § 4). Da die Familienpflege der Privatkrankenanstalt vollständig gleichgestellt wird, so ist auch die Aufnahme einzelner Kranken im Allgemeinen nur einem pat. Arzt gestattet. Zwar hat die Verordnung ein Hinterthürchen: die Aufnahme einzelner Geisteskranker ist nicht Privatanstalt, wenn sie „nur ausnahmsweise und auf Grund besonderer Verhältnisse erfolgt".

Doch kann dieser Passus nur die Schaffung einer Art von Asylrecht bedeuten. Denn es ist zu bemerken, dass die nichtconcessionirte Privatanstalt auch der staatlichen Aufsicht nicht untersteht, auch die regelmässige ärztliche Versorgung nicht braucht. Sollte man also durch dieses Hinterthürchen die private oder die officielle Familienpflege einführen wollen, so wäre damit in fraudem legis gehandelt.

β) Die Uebertragung der Anstalt an einen andern Unternehmer.

Sie ist im Allgemeinen nicht erlaubt.

Belgien (l'autorisation . . . . . . est exclusivement personelle. Ord. art. 1). France (loi art. 5. Nul ne pourra diriger ni former . . . . . . etc.). Neuchatel (art. 3. idem). New-York (art. 145, establish or keep . . . .). So auch Spanien (Art. 10. Diejenigen Personen . . . ., welche eine Anstalt . . . . . übernehmen oder selbst begründen wollen . . .).

In England, wo ohnehin eine Erneuerung der Concession stattfinden muss, kann die Erneuerung, wenn die Anstalt unter allen Gesichtspunkten gut geführt worden ist, zu Gunsten des alten Besitzers oder eines derselben, oder ihrer Nachfolger ausgefertigt werden (Act. art. 207).

Das Deutsche Reich ertheilt die Genehmigung zum Betrieb nicht für die Anstalt, sondern dem Unternehmer (§ 30 G.-O.).

Ausdrücklich sagen Bern (V. 1865 § 3), Thurgau (V. 1895 § 3), Zürich, dass zur Uebertragung der Anstalt eine neue Concession nötig ist. So braucht es auch in Schweden (s. § 58 Abs. 1) und Norwegen (lov. § 2) eine neue (königliche) Genehmigung.

Dagegen scheint sie nicht nötig zu sein in Genf, Holland, Oesterreich, Waadt.

Holland und Oesterreich sprechen nur von der Concession bei der Errichtung der Anstalt, Oesterreich ausserdem von der Aenderung des ärztlichen Directors.

Genf und Waadt sagen: Aucun établissement ne

peut être ouvert. Der Verkauf oder die Verpachtung eines im vollen Gange befindlichen Etablissements kann aber nicht als ouverture bezeichnet werden.

γ) Die Vertretung des Unternehmers.

Nicht alle Gesetzgebungen betr. Privatanstalten kümmern sich um die Stellvertretung des Unternehmers, so wichtig die Frage ist. Wenn z. B. der Inhaber der Concession vorübergehend oder dauernd verhindert ist, die Anstalt ganz oder teilweise zu leiten, sollte eine Person an der Spitze stehen, welche dieselben Garantieen für richtige Besorgung der Anstaltsgeschäfte bietet, wie der Unternehmer selber. Die Frage ist nur in vier Staaten und zwar nach drei verschiedenenen Arten behandelt.

In Schweden (stadga § 58 Abs. 2) muss nur der Tod des Besitzers durch den Arzt oder, wenn dieser Besitzer war, durch die Kirchenbehörde der Medicinalverwaltung angezeigt werden. Dazu Gutachten, ob die Anstalt weitergeführt werden solle. Die Medizinalverwaltung trifft provisorische Maassnahmen.

In Belgien wird der „propriétair et chéf" vom „directeur" unterschieden.

Der propriétair kann autorisirt werden, sich durch einen directeur résident ersetzen zu lassen.

Das Deutsche Reich (G. O.) verlangt einen Stellvertreter (allerdings nur implicite) und dieses Verlangen ist sehr gerechtfertigt, da dasselbe die Concessionsertheilung nicht an die Arztqualität des Unternehmers knüpft, wie z. B. Bern, Thurgau. Preussen (s. oben) verlangt die Stellung eines Vertreters in allen Fällen, wo die Anstalt durch eine nichtphysische Person (z. B. Wohlthätigkeitsanstalt) betrieben wird. Sie ist der Ortspolizei und dem Kreisarzt anzuzeigen (M. V. 1901, § 21, Nr. 5). Einzelne deutsche Bundesstaaten verlangen dann ausdrücklich unter allen Umständen die Bestellung eines practischen Arztes. Damit erschöpft sich in der Hauptsache die Bedeutung des Stellvertreters im Recht der deutschen P. A.[162])

In Frankreich (ord. Art. 27—28) hat der Director einer Irrenanstalt das Recht, eine Person zu bezeichnen, die ihn in allen Verhinderungsfällen zu vertreten befugt ist. Die provisorische Geschäftsführung derselben kann ohne besondere Bewilligung durch den Präfecten nie länger als einen Monat dauern. Beim Tod des Directors sollen die Erben oder Rechtsnachfolger desselben binnen 24 Stunden einen provisorischen Administrator bestellen.

Im Falle der Vernachlässigung dieser Pflicht bestellt ihn der Präfect. Wird nicht binnen eines Monats ein neuer Director definitiv (zur Genehmigung) aufgestellt, so verfällt die Concession ipso iure. Die Anstalt wird geschlossen. (Fortsetzung folgt.)

[162]) Die Unterlassung der Aufstellung eines qualificirten Stellvertr. oder die Nichtentfernung eines untauglichen gilt in der Jurisprudenz als Grund zum Entzug der Concession s. v. Landmann. a. a. O. § 53.

Mittheilungen.

— **Emmendingen**: Am 20. Oktober wurden 40 männliche Kranke nach der neuen Anstalt bei Wiesloch überführt. — Damit wurde diese Anstalt eröffnet. In den nächsten Monaten sollen weitere Ueberführungen stattfinden, sobald die dortigen Einrichtungen es erlauben. Bestimmt sind zunächst noch 50 männliche Kranke, sodann sollen 90 weibliche folgen. Im Ganzen hoffen wir noch in diesem Jahre 200 Kranke nach Wiesloch überführen zu können. Damit würde unser Krankenstand, der, bei einer normalen Belagstärke von rund 1000 in den letzten Wochen auf 1540 gestiegen war, endlich eine tröstliche Verminderung erfahren.

— Ein Kurs der medicinischen Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen.

Zu dem Plan dieses Kurses*) sind mir von Aerzten und Lehrern aus verschiedenen Theilen von Deutschland Zustimmungserklärungen und vorläufige Anmeldungen zugegangen, so dass ich die weiteren Vorbereitungen treffen kann.

Als Zeit kommt mit Rücksicht

1. auf den Kongress für experimentelle Psychologie in Würzburg vom 10. bis 13. April 1906,
2. auf den Kongress für Kinderforschung und Jugendfürsorge,
3. auf die Versammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie

nur die Zeit von Montag den 2. bis Samstag den 7. April in Betracht. Ort: Giessen, Klinik für psychische und nervöse Krankheiten.

Der Kurs wird folgende Themata umfassen:

1. Die verschiedenen Formen der Idiotie.
2. Ursachenforschung, Prophylaxe und Therapie im Gebiet der Idiotie.
3. Untersuchung der Schädelabnormitäten mit praktischen Uebungen.
4. Medicinische Psychologie mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen mit psychophysischen Uebungen.

*) Vergl. dieses Blatt 1905, No. 20.



5. Experimentelle Didaktik mit Bezug auf die angeboren Schwachsinnigen.
6. Das Hilfsschulwesen.
7. Die Zwangserziehung.
8. Die strafrechtlichen Beziehungen des angeborenen Schwachsinnes.
9. Jugendliches Verbrecherthum.
10. Der angeborene Schwachsinn im Militärdienst.
11. Die Anstalten für Schwachsinnige etc. mit Besichtigungen.

Als Vortragende werden ausser dem Unterzeichneten und Herrn Privatdozenten Dr. Dannemann voraussichtlich noch Herr Prof. Dr. Weygandt-Würzburg und Herr Seminarlehrer Lay-Karlsruhe mitwirken.

Ausserdem werden bei den Uebungen die Herren Oberarzt Dr. von Leupoldt, Dr. Dannenberger und Dr. Berliner helfen.

Das genauere Programm der Vorträge und Uebungen soll Ende Februar 1906 versandt werden.

Die Einschreibegebühr wird je nach den Kosten der Vorbereitung etwa 10 bis 20 Mark betragen.

Zu dem Kurs sind alle an der Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen ernsthaft interessirten Personen, besonders Aerzte und Lehrer, eingeladen.

Giessen, Ende Oktober 1905.

Prof. Sommer.

Referate.

— Hirschfeld. Jahrbuch für sexuelle Zwischenabnormitäten mit besonderer Berücksichtigung der Homosexualität. VI. Jhrg. Leipzig. Max Schoen. 744 S.

Die erste Arbeit dieses Jahrbuchs, welches das unermüdlich thätige wissenschaftlich-humanitäre Comitée herausgiebt, behandelt die leider selten erörterte civilrechtliche Bedeutung der Homosexualität durch Dr. jur. Numa Prätorius. Zuerst wird ihre Beziehung zum Eherecht als die bedeutungsvollste besprochen. Weder körperliches Zwitterthum noch die seelischen Zwischenstufen gehören zu den Nichtigkeitsgründen. Homosexualität gestattet aber die Anfechtung der Ehe nach § 1333, gleichgültig, wie man sie auffasst und wie sie entstanden ist. Dann können § 1565 und § 1568 in Betracht kommen als absoluter bezw. relativer Scheidungsgrund, § 2333 (Entziehung der Pflichttheile wegen ehrlosen oder unsittlichen Lebenswandels) muss modernen Anschauungen Rechnung tragen. Die Delictsfähigkeit ist wie die strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit von Fall zu Fall zu prüfen; doch wird jene seltener als diese auszuschliessen sein. Nur äusserst selten wird Homosexualität bei Abgabe einer Willenserklärung die freie Willensbestimmung ausschliessen; zu einer Entmündigung vermag sie nicht zu führen.

Caspar Wirz beleuchtet vom orthodox-evangelischen Standpunkte aus und kommt zu dem Ergebniss, dass der Uranier sich nicht gegen eine einzige Stelle der heiligen Schrift zu vertheidigen habe, nur gegen eine althergebrachte Auslegung.

Hirschfeld theilt als das Ergebniss seiner statistischen Untersuchungen über den Procentsatz an Homosexuellen mit, dass durchschnittlich 2,2 % der Bevölkerung, also in unserem deutschen Vaterland rund 1 200 000 Homosexuelle seien. Dass die Rundfrage bei den Charlottenburger Studenten dem Verf. nicht nur eine Anklage, sondern auch eine Verurtheilung wegen Beleidigung eingebracht hat, dürfte den meisten Lesern dieser Zeitschrift bekannt sein; sowie auch, dass die Zahlenangaben in ihrer Richtigkeit bestritten sind.

Neugebauer theilt nicht weniger als 103 Fälle von mehr weniger hochgradiger Entwicklung einer Gebärmutter beim Manne sowie fast 60 Fälle von periodischen genitalen Blutungen bei Scheinzwittern mit.

von Römer macht die vorläufige Mittheilung eines Schemas der Geschlechtsdifferenzirungen und findet rein mechanisch nicht weniger als 687 375 männliche sexuelle Zwischenstufen; in einem Nachsatze betont er, dass sich darunter auch absolut undenkbare Combinationen finden.

Frey theilt aus dem Leben des grossen Platen eine Reihe von Erlebnissen unter Benutzung von dessen Tagebuch mit, die einen Einblick in das Denken und Empfinden der Homosexuellen gewähren.

Den Schluss dieses Jahrbuchs, auf dessen ersten Aufsatz noch besonders hingewiesen sein möge, bilden, wie üblich, eine fast 200 Druckseiten umfassende Bibliographie der Homosexualität für das Jahr 1903 und der Jahresbericht.

Personalnachrichten.

— Unserm sehr geehrten Mitarbeiter Herrn Dr. med. et phil. J. A. Meyer, Assistenzarzt a. d. Provinzialheilanstalt zu Münster wurde die Stelle eines Directors an dem Landarmen- und Krankenhause zu Gesecke (Westf.) übertragen.

— Der ehemalige Director der Krankenanstalt und des St. Jürgen-Asyls in Bremen, Dr. Fr. Scholz, feierte am 27. October sein fünfzigjähriges Doctorjubiläum. Die medicinische Facultät zu Breslau erneuerte ihm in Anerkennung seiner Verdienste um die Psychiatrie die Doctorwürde.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 33. 11. November. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wilhelm Wagemann †.

Am 1. November verschied nach kurzem Krankenlager der Director der lippischen Heil- und Pflegeanstalt Sanitäts-Rath Dr. Wilhelm Wagemann im 47. Lebensjahre. Schon seit langer Zeit hatten sich die ersten Anzeichen eines Kehlkopfleidens bemerkbar gemacht, bis sich erst vor einigen Wochen herausstellte, dass ein carcinoma Laryngis vorhanden war. Eine erste Operation am 10. X. verlief glücklich. Man entfernte carcinomatöse Drüsen am Halse und resecirte eine Jugularis. Am 30. X. wurde die Hauptoperation vorgenommen: der ganze Larynx und Theile des Oesophagus wurden exstirpirt. Der Kranke erholte sich nicht wieder. Am 1. November nachts entschlief er sanft.

Neun Jahre lang war er unermüdlich thätig gewesen, und hat in dieser Zeit nicht nur diese Anstalt aus einer in jeder Beziehung rückständigen zu einer modernen kleinen Musteranstalt entwickelt, sondern er hat es auch verstanden, ihr die Sympathien und das Vertrauen der Bevölkerung wieder zu gewinnen, das bei seinem Antritt vollständig erschüttert war. Wenn heute das kleine Fürstenthum Lippe auf seine Einrichtungen zur Pflege der Geisteskranken stolz sein kann, so ist das im Wesentlichen das Verdienst Wagemanns. Er dachte gerade daran, seine letzten Pläne zur Vollendung seines Reformationszweckes zu verwirklichen, als der Tod ihn mitten aus dem vollen Schaffen heraus in den besten Mannesjahren dahin riss. Er hat sein Schicksal mit Ergebung und bewundernswerther Seelengrösse getragen.

Reformen der Irrenfürsorge in Rio de Janeiro.

Von Dr. *Juliano Moreira*, Director der Irrenanstalt in Rio de Janeiro.

Nachdem ich die Leitung der Irrenanstalt in Rio de Janeiro übernommen, sandte ich der Regierung einen ausführlichen Plan über die Nothwendigkeit einer Verbesserung der Fürsorge für Geisteskranke. Von der Regierung angenommen und dem gesetzgebenden Congress überreicht, konnte der Plan, dank der Genehmigung durch letzteren, zur Ausführbarkeit gebracht werden. Nach längerer Discussion wurde das neue Gesetz für alle Vereinigte Staaten Brasiliens angenommen. Die alte Anstalt in Rio de Janeiro wurde in Folge des neuen Gesetzes nicht nur ganz und gar modernisirt, sondern erhielt ausserdem noch mehrere Neubauten. In Kürze führe ich hier die hauptsächlichsten Neuerungen auf: Electrische Einrichtung, Accumulatoren und Beleuchtungswesen. Diese Werke wurden eingeführt um die

Gefahr der Gasbeleuchtung wie Feuer, verunreinigte Luft in geschlossenen Räumen etc. zu verhindern und electrische Energie für die Küche, die Motoren der Officinen, die Aufzüge und das Cabinet der Electrotherapie etc. zu gewinnen. Das Material, welches sich in einem eleganten Bau befindet, der einen Platz von 150 Quadratmetern einnimmt und in 2 Abtheilungen getheilt ist, besteht aus 2 multitubularen, horizontalen Kesseln mit je 55 Pferdekräften, 2 Dampfseparatoren, einer Pumpe zur Unterhaltung, 2 Injectoren mit einer Kraft von 575 Gallonen pro Stunde, 2 senkrechte Dampfmotoren (compound), 2 Dynamos von 35 Kilowatts (General Electric & Co.) 6 Pole, 400 Umdrehungen pro Minute, 125 Volts, 2 Distributionstafeln enthaltend: Ampèremeter, Voltmeter, Rheostat etc. Die Maschinen, in 2 Theile getheilt, können separat functioniren. Die Beleuchtung auf der Vorderseite des Gebäudes beim Eingang besteht aus 3 Volta-Bogenlampen mit je 300 Lichtstärke; 2 ebensolche befinden sich im Aufgange und 2 auf der Hinterseite. Ferner sind 6 Kronleuchter mit je 4—6 Lampen, 600 Glühlampen mit je 16 Lichtstärke in sämmtlichen Räumen der Anstalt angebracht. Zur Vervollständigung der Electricität wurde noch eine Einrichtung für Accumulatoren in einem besonders dazu eingerichteten Baue hergestellt. Die Batterie kann 480 Ampèrestunden, 110 Volts in 9 Stunden accumuliren. Die electrische Energie, welche die Anstalt während der ganzen Nacht beleuchtet, accumulirt sich in der Batterie für die täglichen Dienste wie Küche, Officinen, Laboratorien etc.

Küche mit Dampfbetrieb und Electricität. Dieser neue Bau nimmt einen Platz von 250 Quadratmeter ein. Das Obergeschoss besteht aus einer Centralhalle, wo sich die Batterie der Küche befindet und 5 weitere Säle, davon 2 auf jeder Seite und einer im Hintergrunde, selbige dienen zur Aufbewahrung, Eintheilung und Zubereitung von Speisen, Reinigung der Teller und Erzeugung des Dampfes. Die Batterie der Küche, von Frankreich importirt, enthält Kessel mit Heisswasserheizung und 2 bewegbare Marmiten mit je 500 Liter Raum, doppelter Wand und isolirter Umhüllung an einer eisernen Achse befestigt und dienen für Gemüse, Gekochtes etc., 3 fast ebensolche, aber flache Marmiten mit je 170 Liter Raum dienen zum Braten, ferner einen aus Kupfer mit isolirter Umhüllung mit 250 Liter Raum für Milch, eine Kaffeemaschine aus Kupfer für 100 Liter Kaffee bestimmt mit 2 Recipienten, Filter etc., ein kleines Buffet in Form eines Tisches, welches zur Aufbewahrung und Warmhaltung aller Speisen bis zu ihrer Vertheilung dient, ein Reservoir für heisses Wasser mit 500 Liter Raum, Abtheilung für Reinigung der Teller; Cylinder aus Eisen für Reinigung der Metalle und Schüssel, für das Waschen der Gemüse. Alle diese hier angeführten Gegenstände sind in den 5 Sälen vertheilt, in der Mittelhalle die Kaffeemaschine, nach hinten das Tischbuffet und die 8 Marmiten reihenförmig immer 2 nebeneinander durch Pfeiler getrennt, um den Dampf durchzulassen. 4 Schwanenhälse leiten das Wasser, welches zu den Speisen nöthig ist, zu den Marmiten. Weitere 4 Pfeiler mit weiter Basis halten das Gewicht, welches für das Oeffnen der Marmiten nöthig ist. Aus Deutschland wurden 2 electrische Oefen für Braten, ein Bratrost, 4 vernickelte Oefen mit 4 Platten zur Erwärmung, 12 Erwärmer (Marke Electra) importirt.

Pavillons für Infectionskrankheiten. 2 Pavillons, einer für Männer und einer für Frauen bestimmt, erheben sich 1 Kilometer weit vom Hauptgebäude mit 34 Meter Länge und 8 Meter Breite und sind 1 Meter 20 cm hoch über den extra dazu vorbereiteten Boden gebaut. Die Decken sind rund, mit Stuck überzogen, flach und ohne Zierungen. Jeder Pavillon besteht aus Hausflur, Arztzimmer, 2 Verandas, 2 Krankensälen mit je 12 Betten, 2 Closeträumen, Wasch- und Badezimmer und 4 kleineren für die Krankenwärter. Im Arztzimmer befinden sich noch Lavabos mit Trittbrettbewegung etc.

Pavillon für Epileptische. 2 neue, einer für Männer und einer für Frauen, sind ähnlich wie die für Infectionskrankheiten, nur etwas länger und besitzen einige Räume mehr. Jeder Pavillon ist für 24 Kranke und 2 Zimmer für das Personal bestimmt. Auf jeder Seite der Betten befinden sich Bretter zum Auf- und Niederklappen um das Herausfallen zu verhindern. Ausserdem besitzen beide Pavillons Räume für Closet, Mictorium, Lavabos, Badewannen etc. Ein Bourneville-Schul-Pavillon, mit allem Comfort ausgestattet, ist für idiotische und imbecille Kinder bestimmt, welche hier nach Bournevilleschem System in der Bicêtre-Anstalt in Paris Unterricht erhalten. Die Zahl der Kinder beträgt augenblicklich 42. Geleitet wird der Pavillon sowie der Unterricht von einem psychiatrischen Pädagogen (Pediatra Alienist) Dr. Fernandes Figueira.

Die electrotherapeutische Einrichtung besteht aus einem completten Kellog Licht-Bad und einem Hydroelectrischen Bad mit galvanischen, faradischen und sinusoidalen Strömen, Handschlussapparat als Wandtableau für Galvanisation, Faradisation, Electrolyse, Kataphorese, Röntgenstrahlen, Arsonvalisationsapparat, Finsen-Reyn-Apparat, Influenzmaschi-

nen mit Franklinisationseinrichtung und Apparat für Electro-Diagnostic. Sämmtliche Instumente und Apparate wurden von der Firma Reiniger, Gebbert & Schall in Erlangen bezogen.

Kinesotherapeutische Abtheilung besteht aus Instrumentarium zur Vibrationsmassage, Zander-Gymnastik, Laufbarren, Nebentreppe, auf dem Boden befestigtes Fahrrad, Ergostat etc.

Hydrotherapie. Der Dienst ist in 2 Abtheilungen getheilt, eine für Frauen und eine für Männer und enthält alle modernen Instrumente. Ausserdem sind in den verschiedenen Sectionen der Anstalt Badewannen für warme Dauerbäder vorhanden.

Die chirurgische Einrichtung, welche in 2 Hälften getheilt, besitzt einen Curativsaal und einen für aseptische Operationen mit Vorsaal. Ersterer hat Wände, Decke und Ecken rund geformt ohne Zierformen, moderne Lavabos mit Trittbrettbewegung und ein Deletrez Poly-Autoclave für Sterilisirung der Verbandstücke, ferner 2 Curativtische und Instrumentarium für Cystoscopie etc. Im Vorsaal befinden sich der Aufbewahrungsort der Verbandstücke und Lavabos mit sterilisirtem Wasser etc. Der aseptische Operationssaal ist aus sterilisirbarem Glas und Stahl hergestellt und hat die Form eines Hemizirkels. Der Operationstisch ist aus Crystall und emaillirtem Eisen verfertigt (von Kny Scherer).

Die Ophthalmologische und laryngologische Abtheilung ist mit allen hygienischen Erfordernissen installirt.

Die Odontologische Abtheilung desgleichen.

Die Anthropometrische und Photographische Abtheilung ist für Signalectik und Identification der Kranken hergestellt.

Das Laboratorium für pathologische Anatomie ist in 3 Abtheilungen getheilt, eine für normale und pathologische Histologie, eine für Bacteriologie und eine für Biochemie und besitzt ein vortreffliches Instrumentarium von Zeiss, Lautenschläger, Fromme, Leitz etc.

Das Laboratorium für Experimentalpsychologie besitzt Apparate von Mosso, Sommer, Binet, Toulouse etc.

Die Psychiatrische Bibliothek empfängt mehr als 35 psychiatrische und neurologische Zeitschriften, enthält ausserdem noch Collectionen von Zeitschriften der Specialität, ebenso classische alte und moderne Bücher über Psychiatrie und Neurologie.

Die Bibliothek der Kranken enthält complete Collectionen von Büchern besonders brasilianischer Autoren sowie Zeitschriften und Illustrationen.

Unterrichtskurse des Pflegepersonals. Der Unterricht besteht aus folgenden Materien: Elemente der Anatomie und Physiologie, Begriffe der Hygiene und Pathologie, kleine Chirurgie, Verpflegung der Kranken, Massage und ärztliche Gymnastik.

Officinen. In einem extra dazu eingerichteten soliden Gebäude befinden sich folgende Officinen: Typographie, Buchbinderei, Zimmerei, Schuhmacherei, Tapeziererei, Besenmacherei, Schmiede, Schneiderei, Malerei und Tischlerei.

Sectionshaus. Dasselbe ist vortrefflich installirt, hat runde Decken, Wände und Ecken und ist mit Emaillfarbe gestrichen, ferner Sectionstische aus Lava-Emaille und eine electrische Säge für die Oeffnung des Craniums.

Behandlungsmethode. Bezüglich der Behandlungsweise stehen Bettruhe, passende Beschäftigung, physikalische Heilmethoden und No-Restraint oben an.

Das Aerztepersonal besteht aus 1 Arzt-Director, 15 Aerzten, 6 Internen, 1 Volontärarzt, 1 Zahnarzt und 1 Apotheker. Was das Pflegerpersonal anbetrifft, sind für je 10 Kranke ein Pfleger bestimmt. Augenblicklich sind in der ganzen Anstalt 990 Kranke untergebracht. —

Zum Schlusse spreche ich Seiner Excellenz dem Minister des Innern Dr. Seabra sowie meinem besten Freunde Dr. Afranio Peixoto, Arzt der Anstalt, für die Hülfe, die sie mir bei der Realisirung meiner Reformen geleistet, meinen innigsten Dank aus.

Gesetz über Irrenfürsorge in Brasilien.

Von Dr. *Juliano Moreira*, Director der National-Irrenanstalt zu Rio de Janeiro, früher Professor der Psychiatrie an der Facultät zu Bahia.

Die Verordnung vom 18. Juli 1841 gründete die Irrenanstalt Don Pedro II in Rio de Janeiro und bestimmte dieselbe für alle Irren des ganzen Landes. Im Jahre 1852 wurde das Reglement derselben veröffentlicht und diente dasselbe während langer Zeit als einzige Vorschrift für die Internirung der Kranken in der Irrenanstalt.

In späteren Jahren gründeten die früheren Pro-



vinzen ihre eigenen Anstalten und gaben ihnen ähnliche Reglements wie das von 1852. Nachdem die Republik proklamirt, gab die Regierung der Anstalt in Rio de Janeiro ein neues Reglement. Die Professoren der Psychiatrie in Rio und Bahia, Dr. Teixeira Brandao und Juliano Moreira, drangen sehr auf die Nothwendigkeit eines neuen gemeinsamen Gesetzes, aber alle Versuche blieben erfolglos. Im Jahre 1903, als ich die Direction der Anstalt in Rio de Janeiro übernahm, konnte ich durchführen, dass die Regierung dem Congress das erforderliche Gesetz vorlegte. Von demselben angenommen, wurde der neue Entwurf discutirt, etwas verändert und endlich den 22. December 1903 nach erfolgter Zustimmung der beiden Kammern zum Gesetz erhoben.

Es lautet:

§ 1.

Jeder, der wegen Geisteskrankheit, ob angeborener oder erworbener, die öffentliche Ordnung oder die Sicherheit von Personen schädigt, wird in einer Irrenanstalt untergebracht.

1. Die (provisorische) Internirung in der Anstalt, ob öffentliche oder private, wird nur dann zur wirklichen, wenn die Krankheit genau untersucht und bewiesen ist.

2. Geschieht die Unterbringung eines Irren auf öffentlichen Antrag hin, so ist die Internirung nur eine provisorische und muss der Director der Anstalt in 24 Stunden dem befugten Richter über alles Vorgefallene Bericht erstatten und einen Bericht über die medicinische Beobachtung, welche gemacht worden, beifügen.

§ 2.

Die Aufnahme in den Anstalten wird mittelst Antrag oder Gesuch zugelassen, je nachdem es die öffentliche Behörde oder Privatpersonen verlangen.

1. Im ersten Fall muss die Behörde dem Antrag beifügen:

a) ein Geleitschreiben, enthaltend: Abstammung, Nationalität, Alter, Geschlecht, Farbe, Profession, Wohnung, physische und physiognomische Kennzeichen des in Verdacht genommenen Kranken oder dessen Photographie, sowie andere Erklärungen, welche etwa gesammelt wurden und die Identität des Kranken sicher machen;

b) einen Bericht über alles Vorgefallene, das die Geisteskrankheit nachweist und die Motive, welche zur etwa vorgenommenen Festnahme des Kranken veranlassten, immer, wenn möglich, mit ärztlichen Attesten begleitet, welche die Krankheit bestätigen;

c) das Urtheil über die gerichtlich-medicinische Untersuchung, von den Sachverständigen der Polizei ausgeführt, falls von dieser aus der Antrag geschehen ist.

2. Im zweiten Fall, wenn die Internirung von Privatpersonen verlangt wird, ist dem Gesuch inclusive sämmtlicher Papiere, welche die betreffende Anstalt verlangt, beizufügen:

a) die Erklärungen des § 2, 1, a, documentirt, wenn möglich,

b) 2 Schreiben von Aerzten, welche den Kranken bis mindestens 14 Tage vor dem Datum des Gesuchs oder der Geisteszustands-Feststellung untersucht haben.

§ 3.

Der Geisteskranke kann in seiner Wohnung behandelt werden, wenn ihm die nöthige Sorgfalt und Aufmerksamkeit gewidmet wird.

Dauert die Krankheit über 2 Monate, so muss Derjenige, der den Kranken unter seiner Aufsicht hat, der Behörde über alles Vorgefallene, sowie die Lage des Kranken und seine bisherige Behandlung Nachricht geben.

§ 4.

Die Polizeibehörde sorgt provisorisch für die Aufbewahrung des Eigenthums des Kranken und erstattet dem befugten Richter Nachricht, damit derselbe rechtsmässig alle weiteren Maassnahmen trifft.

§ 5.

Bei jeder Gelegenheit ist dem internirten Kranken oder einer sich für ihn interessirenden Person erlaubt, eine neue Untersuchung des Geisteszustandes zu reclamiren und auch das eventuelle Fehlen dieser Formalität anzuzeigen.

§ 6.

Wird die Entlassung des Kranken aus der Anstalt von einem Angehörigen gewünscht, so wird ihm dieselbe nicht versagt, ausgenommen, dass er die öffentliche Ordnung oder sich selbst schädigt.

§ 7.

Wenn diesenfalls die Entlassung aus der Anstalt verweigert wird, so ist von dem Director derselben der befugten Behörde in einem Bericht die Ursache der Weigerung anzuzeigen.

§ 8.

Ist ein Kranker aus der Anstalt entwichen, so kann er ohne die nöthigen Formalitäten wieder von neuem internirt werden, wenn die Wiederaufnahme binnen 14 Tagen geschieht.

§ 9.

Gerichtlich bestraft wird jeder, der an den Kranken Gewaltthätigkeit oder ein Attentat gegen die Sittlichkeit verübt hat.



§ 10.

Es ist verboten, Geisteskranke in Gefängnissen oder zwischen Verbrechern unterzubringen.

Wo keine Irrenanstalt existirt, muss die befugte Behörde den Kranken in einem besonderen Hause so lange unterbringen, bis die Beförderung in eine Anstalt möglich ist.

§ 11.

So lange der Staat noch keine besondere Criminal-Irrenanstalten für Verbrecher besitzt, werden dieselben, ebenso die verurtheilten Verbrecher, in einer separaten Abtheilung der öffentlichen Anstalt untergebracht.

§ 12.

Alle öffentlichen und Privat-Anstalten des Landes stehen unter Aufsicht des Justizministers, welcher dieselben vermittelst einer von ihm in jedem Staate und Bundesdistrict ernannten Commission, bestehend aus: dem Procurator der Republik, dem Curator der Waisen und einem Irrenarzte besichtigen lässt.

§ 13.

Jede Irrenanstalt, ob öffentliche oder private, muss folgende Bedingungen erfüllen:

1. geleitet werden von einem Director, der Irrenarzt ist;

2. betrieben werden in einem dazu geeigneten Gebäude, an einem gesunden Orte liegend, mit so viel Platz, dass die Kranken sich in freier Luft bewegen können;

3. abgesonderte Abtheilungen haben, immer übereinstimmend mit der Anzahl der Kranken, um das Zusammensein beider Geschlechter ebenso der verschiedenen Krankheitszustände zu verhindern;

4. Garantie leisten für die Fähigkeit des Pflege- und administrativen Personals.

§ 14.

Wer eine Anstalt für Geisteskranke gründen oder leiten will, muss bei dem Minister des Innern oder den Gouverneuren der Staaten die Erlaubnis einholen.

§ 15.

Der Bewerber muss seinem Gesuch folgendes beifügen:

1. Documente, welche beweisen, dass bei der Anstalt die Bedingungen des § 13 erfüllt sind;

2. das Statut der Anstalt;

3. Angabe der Anzahl der Kranken, welche der Gesuchsteller aufzunehmen beabsichtigt;

4. Deklaration, ob die Anstalt nur für Geisteskranke oder auch für andere Kranke bestimmt ist, letzterenfalls müssen die Geisteskranken ganz von den übrigen getrennt sein.

§ 16.

Wenn die Papiere alle den Vorschriften entsprechen und die Inspections-Commission ihre Zustimmung gegeben, muss der Bewerber jährlich der Regierung die nöthige Summe für die Fiscalisation der Anstalt geben.

§ 17.

Beabsichtigt Besitzer der Anstalt, die Zahl der Kranken zu erhöhen, so muss er der Regierung einen ausführlichen Plan über die neue Bauanlage zusenden und beweisen, dass der neue Anbau genug Platz für die aufzunehmenden Kranken besitzt.

§ 18.

Der Director der Anstalt, ob öffentliche oder private, muss der Commissions-Inspection monatlich einen ausführlichen Bericht über die im vorhergehenden Monat aufgenommenen Personen erstatten.

§ 19.

Die Kosten der Irrenfürsorge im verbündeten District werden von der Union getragen. Die Rechnung der Kosten für die Ausländer werden den Consuln ihres Landes zugesendet.

§ 20.

Das höhere Personal der Irrenpflege im verbündeten District muss in der National-Irrenanstalt in Rio bestehen aus: 1 Director, Irrenarzt, welcher die Oberaufsicht über den klinischen und administrativen Dienst hat, 4 effectiven Irrenärzten, 1 Assistent, 1 Chefarzt des Beobachtungspavillons (Prof. der Psychiatrie der medic. Facultät), 1 Arzt für geistesschwache Kinder, 1 Arzt für den Pavillon für ansteckende Krankheiten, 1 Chirurgen (zugleich Gynäcologe), 1 Augenarzt, 1 Chefarzt der electrologischen und physikalischen Abtheilung, 1 Chef des anatomisch-pathologischen Laboratoriums, 1 Assistent desselben, 1 Zahnarzt, 4 effectiven Internen, 3 Practikanten, 1 Apotheker und 1 Administrator. In den Irren-Colonien aus: 1 Director, der Irrenarzt ist, 1 Irrenarzt, 1 Assistenzarzt, 1 Apotheker, 1 Administrator. Die psychiatrische Klinik aus: 1 ordentlichen und 1 ausserordentlichen Professor der Psychiatrie der med. Facultät, 1 Assistenten und 3 Internen.

§ 21.

Die Stelle der Aerzte ist nur durch Examen zu erlangen, vorgezogen werden diejenigen, die schon

als Interne in der Anstalt oder an der medicinischen Facultät thätig waren.

§ 22.

Jede Uebertretung dieses Gesetzes wird mit Gefängniss bis zu 8 Tagen und Geldstrafe von 500 bis 1000 P. bestraft, ausser derjenigen laut Strafgesetzbuch.

§ 23.

Hat der Director einer Privatanstalt das Gesetz zum zweiten Male übertreten, so ist ihm die weitere Leitung einer Anstalt verboten. —

Dieses Gesetz über die Irrenfürsorge im verbündeten District wurde verordnet am 1. Februar 1904.

Es hat vortreffliche Resultate gezeitigt.

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

(Fortsetzung.)

d) Die Erteilung der Concession.

α) Die Machtstellung der Behörde.

Wir bezeichnen damit die Competenz der Behörde, die Concession auf Zeit oder dauernd, provisorisch oder definitiv, bedingt oder unbedingt zu ertheilen. Die Gesetzgebungen nehmen diesbezüglich verschiedene Standpunkte ein.

Auf Zeit und provisorisch wird unseres Wissens die Concession nur in England und Schottland ertheilt. Die Licenz gilt nur für 13 Monate und muss nachher erneuert werden. (Die Erneuerung kann, wenn der Inhaber der Concession ein Arzt ist, sowohl zu seinen Gunsten, als zu denjenigen des Anstaltsbesitzers oder eines anderen Arztes, seines Nachfolgers, erfolgen.) Auf Antrag der Commissioners oder der Friedensrichter kann der Lordkanzler eine Erneuerung der „license" aber auch versagen (act. 207—221).

Dagegen unterscheiden sich die Gesetze, je nachdem die Behörde bei Nachweis der gesetzlich geforderten Requisite die Concession unbedingt ertheilen muss oder nach freiem Ermessen ertheilen kann. Innerhalb dieser Grenzpunkte giebt es eine Anzahl von Schattierungen, Modificationen des „freien Ermessens".

Am klarsten im Sinne grundsätzlicher Genehmigung spricht sich das Deutsche Reich (G. O. § 30) aus.

„Die Concession ist nur dann zu versagen, wenn . . ." Nur wenig strenger sind die Forderungen von Zürich, Bern, Thurgau, Waadt.

Die drei ersten sagen ungefähr gleichlautend: „Die Bewilligung wird nur solchen Personen erteilt, welche . . . ." (Garantien, wobei allerdings in Betracht zu ziehen ist, dass Bern und Thurgau überhaupt nur an praktische Aerzte Bewilligung ertheilen), das will sagen: Werden die erforderlichen Garantien geliefert [bezüglich welcher allerdings die Behörde eine gewisse Schätzungslatitude hat, welche aber (nach Art. 31 der Bundesverfassung) nicht soweit gehen darf, die Errichtung jeder Anstalt zu verhindern], so muss die Concession ertheilt werden.

So auch Waadt: „Cette autorisation est subordonnée à l'engagement . . . . de la part de l'intéressé de se conformer aux directions qui lui sont données en ce qui concerne etc. . . . ." Verpflichtet sich der „Interessent" zur Einhaltung der Bedingungen, so kann ihm die Genehmigung nicht versagt werden.

Bezüglich der Weisungen selbst (directions) besteht eine gewisse Freiheit des Staatsrathes.

Auf dem Standpunkt der Gebundenheit der Regierung stehen auch bei Erfüllung der gesetzlichen Bedingungen durch die Unternehmer Belgien, Holland und Frankreich, doch ist die Zahl der Bedingungen in Belgien und Frankreich eine sehr grosse, so dass eine erhebliche Schätzungsbreite für die Regierung besteht. In Holland ist die Verweigerung einer Concession mit Gründen zu belegen (Art. 8, Abs. 3).

Näher bei der Freiheit des Ermessens stehen noch Norwegen, Schweden und Spanien, wo einfache Genehmigung zu ertheilen oder nicht zu ertheilen ist. Vollständige Verfügungsfreiheit des Staatsraths beansprucht endlich Genf (loi art. 5), das die Bedingungen, unter welchen eine Anstalt concessioniert wird, überhaupt nicht nennt. Nur die Spezialanforderungen, die an den Betrieb einer Privatanstalt gestellt werden, sind genannt. (Art. 5, Genehmigung des Reglements, Art. 6, Kontrolle.) So auch Neuenburg (Art. 3, Art. 14).

β) Die Bedingungen der Concessionen.

1. Persönliches Moment.

Der Unternehmer als Persönlichkeit.

In dieser Hinsicht stellen Bedingungen überhaupt nur: Deutsches Reich (G. O.), Frankreich, Bern, Thurgau, Waadt, Zürich.



Zwei Gruppen: einerseits Deutschland und Waadt, andererseits die übrigen Staaten.

Deutschland verlangt, dass nicht „Thatsachen vorliegen, welche die Unzuverlässigkeit des Unternehmers in Beziehung auf die Leitung oder Verwaltung der Anstalt darthun".

Die Motive zur G. O. bemerken: der Unternehmer soll durch seine Vergangenheit nicht nur die Annahme ausschliessen, als könne sein Gewerbe-Betrieb auf eine strafbare oder auch nur unredliche Ausbeutung des sich seiner Anstalt vertrauenden Publikums gerichtet sein. Vielmehr darf auch kein Raum für die Besorgnis bleiben, dass in der Leitung und Besorgung der Anstalt derjenige besondere Grad von Umsicht, Erfahrung und Kenntniss nach der technischen wie nach der administrativen Seite fehlen werde, welcher erforderlich ist etc. etc.

Der Staat darf verlangen, dass der Unternehmer, sei es in eigener Person oder durch einen vertrauenswürdigen Stellvertreter . . . die dem Interesse des Kranken entsprechenden Garantieen biete. Jurisprudenz: Entsch. d. preuss. Oberverwaltungsger. 14. Juni 1899. (Reger. 20, s. 170.)[163]

Waadt verlangt das schon genannte „Engâgement" des „Interessenten", den Weisungen zu folgen betr. . . . „D'une manière générale . . . . le bon entretien des malades dans l'établissement."

Somit erschöpft sich eigentlich das ganze Erforderniss zur Eröffnung der Anstalt in einer persönlichen Garantie (als welche freilich die beste ist; denn am Ende ist die gute Besorgung einer Anstalt immer nur von der Redlichkeit und Tüchtigkeit des Unternehmers abhängig).

Waadt verlangt ausserdem, dass der ärztliche Dienst gesichert sei (was nicht mit der Anstellung eines residirenden Anstaltsarztes zu verwechseln ist). Die übrigen Staaten zählen ihre Anforderungen an die Person des Concessionsinhabers erschöpfend auf.[164])

Alle verlangen Besitz der bürgerlichen Ehren und Rechte, guten Leumund,

Bern und Thurgau: Qualität als Arzt, aber nicht Irrenarzt.

Frankreich: Qualität als Dr. medicinale oder Nachweis eines Arztes, der sich (Genehmigung des Präfekten vorausgesetzt) als Leiter der Anstalt engagiren lässt.[165])

Holland verlangt „genügende Vorsorge" (voldoende volziening) für den irrenärztlichen Dienst.

In Oesterreich (M. V. 1864, § 2) werden an den Unternehmer selber überhaupt keine Anforderungen gestellt. Dagegen ist die Anstellung eines ärztlichen Leiters Concessionsbedingung. Von ihm wird alsdann gefordert: Genehmigung durch die politische Landesbehörde, Unbescholtenheit, Befähigung zur Praxis in Oesterreich, allgemeiner Nachweis einer theoretischen und praktischen Ausbildung in der Psychiatrie. Anstellung eines andern leitenden Arztes bedarf der Genehmigung der polit. Landesbehörde (M. V. § 5). (Fortsetzung folgt.)

[163]) v. Landmann (-Rohmer) a. a. O. Komm. zu § 30.

[164]) France, Ord. art. 18. Bern V. 1865, § 2. Thurgau § 1, V. 1895. Zürich V. 1899, § 2.

[165]) In Frankreich ist die Stellung eines Arztes also nicht Bedingung für den Betrieb der Anstalt (wie in Preussen, Sachsen, Zürich, etc.) sondern Concessionsrequisit.

Mittheilungen.

— **Ueber psychiatrische Abtheilungen in allgemeinen Krankenhäusern** bringt die „Zeitschrift für Krankenanstalten" 1905, Heft 19, einen Leitartikel von Dannemann-Giessen. D. geht mit Recht davon aus, dass es nicht mehr zeitgemäss gedacht ist, wenn die Eventualität der Aufnahme und der sachgemässen Pflege Geistesgestörter, speciell transitorisch Geistesgestörter, bei Neubauten gänzlich vernachlässigt wird, oder wenn für diesen Zweck ein paar „Zellen" an irgend einer abgelegenen Stelle eingebaut werden. Er fordert hier, wie bei früherer Besprechung des Gegenstandes*), vor allem einen Saal mit zwei oder mehr Betten, daran grenzend geräumiges Bad, Einzelzimmer u. s. w. Alle Vorschläge D.'s erscheinen zweckmässig, nur dürfte für die Ausführung nicht anheimgestellt werden, die Fenster im Saal ev. „hoch anzulegen". Auch in einer solchen Miniaturwachabtheilung sollte darauf Bedacht genommen werden, alles Auffällige zu vermeiden. M.

*) vgl. Dannemann: Bau, Einrichtung und Organisation psychiatrischer Stadtasyle. Halle a. S., C. Marhold, 1901.

— Dr. Stadelmann hat seine „Klinik für Nervenkranke und nervenkranke Kinder" von Würzburg nach Dresden verlegt.

— **Aus Russland.** Vom 17. — 24. September fand in Kiew die II. Versammlung der russischen Psychiater statt. Die I. Versammlung war in Moskau 1887, so dass zwischen beiden eine Periode von 18 Jahren besteht! Als Präsident der Versammlung wurde Prof. W. Sserbski gewählt; sie hatte 3 allgemeine öffentliche Sitzungen und 10 specielle, es wurden 20 Vorträge gehalten. Die meisten Vorträge



betrafen die Organisation, Administration und Legislation der Irren in Russland.

Referate.

— K. Heilbronner: Die strafrechtliche Begutachtung der Trinker. Halle a. S. 1905. C. Marhold. 141 S.

Mit dem vorliegenden Buch hat H. die zur Berathung des ärztlichen Sachverständigen bestimmte Litteratur um einen dankenswerthen Beitrag bereichert. Der Werth der Schrift liegt nicht nur in den klaren Anweisungen für die strafrechtliche Begutachtung bei den verschiedenen Formen der alkoholischen Geistesstörung und ihrer Stadien, sondern auch in der gleichzeitig dargebotenen symptomatologischen Schilderung und Analyse der alkoholischen Psychosen, auf der H. die gerichtsärztlichen Folgerungen begründet. Seine aus reicher Erfahrung abgeleitete Stellungnahme zu den einzelnen klinischen Formen der alkoholischen Geistesstörung muss um so mehr interessiren, als dieses Gebiet in letzter Zeit von vielen Seiten mit Vorliebe, jedoch noch nicht mit durchaus übereinstimmenden Ergebnissen bearbeitet wurde.

Der Darlegung allgemeiner Gesichtspunkte für die forense Beurtheilung alkoholischer Störungen folgt die Besprechung der einfachen Trunkenheit, über welche sich der Arzt nur zu äussern hat, wenn noch besondere krankhafte Momente vorgelegen haben. Ein solches Moment kann die Intoleranz darstellen, deren Feststellung meist anamnestisch, ev. auch durch das Experiment gelingt. — Als pathologische Rauschzustände werden „die durch Alkoholgenuss ausgelösten, acut einsetzenden und rasch verlaufenden Zustände" bezeichnet, „deren Zustandsbild durch die geläufigen Symptome der Alkoholintoxication nicht erschöpft wird", eine delirante und epileptoïde Form sind zu unterscheiden. — In Bezug auf die Trunkenheitszustände bei Imbezillen, Degenerirten u. s. w. wird der Arzt oft Individuen, die im Habitualzustande als eben noch zurechnungsfähig in foro gelten, unter den § 51 stellen können, wenn sie zur Zeit der Strafthat unter Alkoholeinfluss gestanden haben. — Sexualdelicte und Alkohol, Epilepsie und Alkohol, die alkoholischen Dämmerzustände (den pathologischen Rauschzuständen nahe stehend) finden besondere Besprechung. — Von den Dipsomanen werden die Pseudodipsomanen getrennt; chronische Trinker, die sich zeitweilig abstinent halten und aus zufälligem Anlass wieder zu trinken beginnen. — Bei der Besprechung des Delirium tremens wird die forense Wichtigkeit der initialen und abortiven Formen hervorgehoben. Es folgen Schilderungen der acuten depressiven Psychosen der Trinker (abortive und protrahirtere Angstpsychosen). — Dass die acute Hallucinose der Trinker besonders dazu beigetragen hat, das Krankheitsbild einer „acuten Paranoia" aufzustellen, ist bekannt. H. erkennt an, dass dieser Ausdruck vieldeutig gebraucht wird. Wolle man ihn nicht ganz aufgeben, so sollte er diesem wohlcharacterisirten Krankheitsbild vorbehalten bleiben. — Die Korsakow'sche Psychose bildet die Uebergangsform zwischen den acuten und chronischen alkoholischen Geistesstörungen. Häufig entwickelt sich hier aus einem acut einsetzenden Zustand ein stationärer Defect, die krankhafte Reizbarkeit und Intoleranz dieses Ausgangszustandes verursacht die strafrechtlichen Conflicte. — Bei Erörterung der chronischen Alkoholpsychosen bespricht H. zunächst die chronischen Wahnbildungen der Trinker. Vielfach handelt es sich wohl dabei um durch Alkoholconsum ausgelöste, durch gewisse alkoholische Züge gefärbte Psychosen. In engerer Beziehung zum Alkoholmissbrauch stehen zwei Formen des Eifersuchtswahns der Trinker. Die eine Gruppe neigt mehr zur Besserung, wenn auch nicht zu völliger Einsicht, die andere Gruppe zeigt progrediente Wahnbildung. H. hält die Annahme französischer Autoren, dass es sich bei dieser Gruppe um Erkrankungen paranoisch veranlagter Individuen handle, die durch den Alkohol nur die besondere Färbung der Wahnideen bekommen haben, für beachtenswerth. Practisch wichtig ist die nahestehende, bei Potatoren zu beobachtende Psychose, in welcher ein ausgebildetes Verfolgungssystem gegen die Behörden entwickelt ist. Sie stellt eine „vergröberte Variante" des Querulantenwahns dar. — Die practischen Rathschläge für die Beurtheilung der Eifersuchtsvorstellungen sind sehr lesenswerth. — Die unscharfe Bezeichnung „Alkoholparalyse" will H. mit Recht vermieden sehen, die symptomatologisch, nicht dem Verlauf nach übereinstimmenden Formen alkoholischer Demenz mit Lähmung werden zweckmässiger als alkoholische Pseudoparalyse bezeichnet. Im Interesse der Differentialdiagnose wird für Angeschuldigte aus dieser Gruppe die Beobachtung in einer Anstalt, wo strikte Abstinenz gesichert ist, empfohlen. Eine häufigere Prüfung der Zeugnissfähigkeit der mehr oder weniger verblödeten Potatoren erscheint erwünscht, würde manchen Rechtsirrthum beseitigen. — In den Schlusskapiteln bespricht H. die strafrechtliche Bedeutung des Habitualzustandes der chronischen Trinker und die Versorgung krimineller und gemeingefährlicher Trinker. De lege ferenda wünscht H., dass die Stellung des Antrages auf Entmündigung wegen Trunksucht im öffentlichen Interesse auch durch die Staatsanwaltschaft zugelassen würde. Mercklin.

Personalnachrichten.

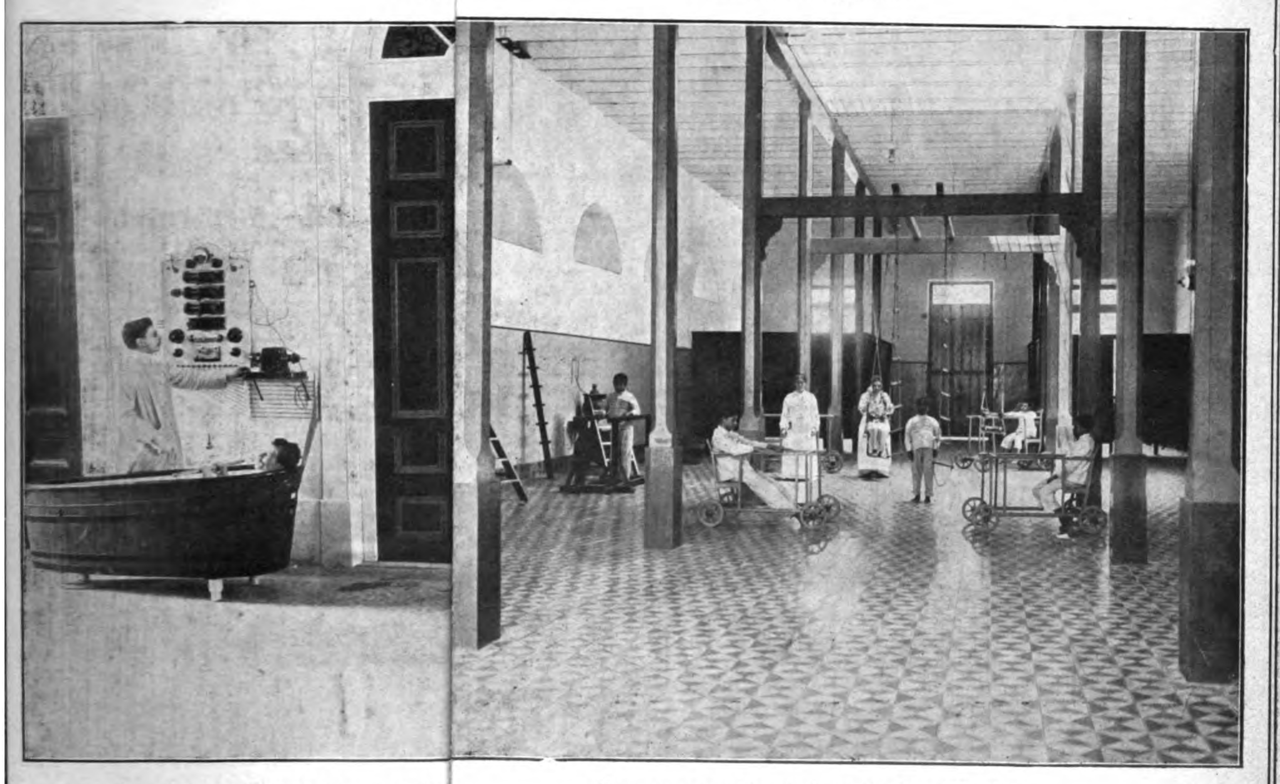
— Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt Bonn. Mit dem 15. October trat der bisherige klinische Assistenzarzt Dr. Müller in den Provinzialdienst über: an seine Stelle tritt der bisherige Assistenzarzt der psychiatr. Klinik in Kiel, Dr. Schirbach. An die Stelle des ausgeschiedenen Volontärarztes Dr. Weber tritt Dr. Rautenberg, bisher in Chemnitz. Der Assistenzarzt Dr. Wehrung ist ausgetreten.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Schne

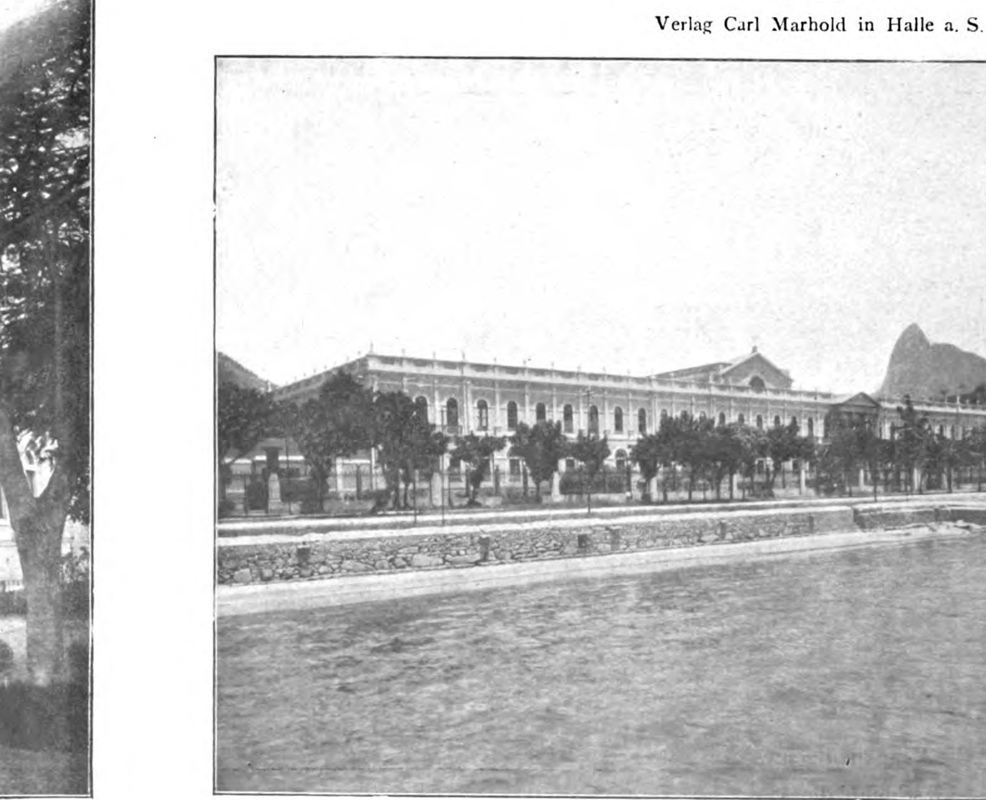
Unterhaltungssaal.



Lichtbad und Hy

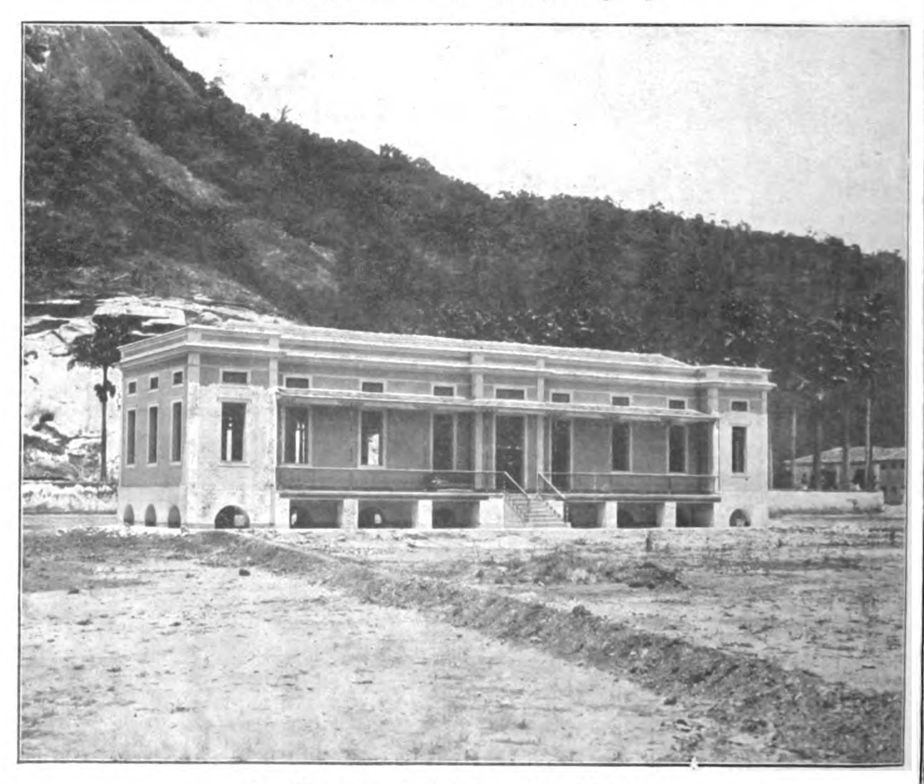
Bewegungstherapiesaal für Kinder.

Verlag Carl Marhold in Halle a. S.



Hauptgebäude mit Haupteingang.





Pavillon für Infektionskrankheiten.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 34. 18. November. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Ueber Bildung unseres Pflegepersonals.

Von Dr. *Manfred Fuhrmann*, I. Assistenzarzt an der Lippeschen Heil- und Pflege-Anstalt Lindenhaus bei Lemgo.

Die neuere Psychiatrie strebt immer energischer zu ihrer Mutter: der Psychologie. Das äussert sich nicht nur in der theoretischen Psychiatrie und in der Diagnostik, sondern auch in der praktischen Psychiatrie. Während man von allen medikamentösen und physikalischen Behandlungsmethoden immer mehr und mehr abkommt, bricht sich allmählich der Glaube an die wahre Panacee aller psychischen und psychisch-nervösen Leiden immer mehr Bahn: das ist der Glaube an die zielbewusste und consequente psychische Behandlung durch den denkenden Arzt, der sie übt wie eine Kunst.

Wer auf den ganzen, grossen Apparat verzichtet, wie er in manchen modernen Sanatorien mit mehr oder weniger Ueberzeugung mobil gemacht wird, um die Nervösen und Psychisch-Nervösen zu heilen, wer sich ganz auf die eigene suggestive Kraft und die kunstvolle Anwendung rein psychischer Methoden verlässt, der lernt bald einsehen, wie wichtig es ist, ein Personal zu besitzen, das im Stande ist, die Thätigkeit des Arztes zu verstehen und zu unterstützen. Der Pfleger ist dann nicht mehr nur Diener und reiner Arbeitsmechanismus; er wird zum Mithelfer.

Die Personalfrage wird zu einer Personenfrage.

Nicht mehr diätetische Curen, oder Opiumbehandlung, nicht Electricität oder Heilgymnastik bilden den Kern der Therapie, sondern einzig und allein der persönliche Einfluss des Arztes und der nach ihm gestimmten Umgebung.

Nach diesem scheinbar so einfachen Princip sind aber nur dann gute Erfolge zu erzielen, wenn von oben herab ein klares, verständliches Programm gepredigt und in alle die verschiedenartigen Menschen, die in der Anstalt den Nervenkranken zu behandeln haben, derselbe einheitliche und allen gemeinschaftliche Geist gehaucht wird.

Unsere Anstalt ist in der glücklichen Lage, ein geradezu ideales Pflegepersonal zu besitzen und es jeder Zeit aus der einheimischen Bevölkerung zu ergänzen. Es sind fast alles schlichte, unverdorbene Menschen vom Lande; wie der lippisch-westfälische Schlag überhaupt etwas schwerblütig und schwerfällig, sehr empfindlich und leicht verstimmt; doch gutherzig, treu und aufrichtig. Zur Pflege von Geistes- und Gemüthskranken eignen sie sich vorzüglich. Sie behandeln ihre Kranken mit Geduld, zum Theil mit rührender Anhänglichkeit. Dank unserm guten und zuverlässigen Personal konnten wir z. B. auf der Frauenseite — als die neue Villa für unruhige Kranke bezogen wurde — die zellenlose Behandlung mit einem Schlage durchführen. Alle haben die Volksschule besucht, die hier im Fürstenthum allerdings nicht das leisten kann, wie vielleicht anderswo, da die Klassen überfüllt sind und an Lehrkräften Mangel ist.

Nun weiss ein jeder, der sich einmal die Mühe genommen hat, sich eingehend mit dem Wissen einfacher Personen von selbst guter Volksschulbildung zu beschäftigen und die kritische Sonde an ihr geistiges Inventar zu legen, wieviel die Leute von ihrem mühsam in der Schule eingepfropften Gedächtnissmaterial vergessen und welch geringe Bruchstücke schliesslich nur noch übrig bleiben. Gerade in der allerwichtigsten Lebensperiode, wo erst Lerngier und Wissensdrang erwachen, das Verständniss für den Werth von Kenntnissen und für die Kenntnisse selber heranreift und das logische Denken sich bildet, in der Zeit vom 14. bis zum 20. Lebensjahre, fehlt den meisten jungen Leuten der Mentor für ihre Geistesbildung. Die meisten verarmen geistig und gemüthlich und werden eine leichte Beute socialdemokratischer Phantasien, so dass für nichts anderes



mehr Raum bleibt — meines Erachtens ist das ganze Problem Socialdemokratie sehr einfach zu lösen, nämlich durch die Fortbildungsschulen —, einige gerathen an die falsche Quelle und vergiften ihr Herz und Gemüth durch die Produkte unserer heutigen Schundlitteratur, und nur sehr wenigen gelingt es, sich bis zu den rechten Bildungsmitteln durchzukämpfen.

Das grösste Contingent unserer Pfleger und Pflegerinnen stammt aus dem einfachen Volke. Wenn aber dessen Bildung so viel zu wünschen übrig lässt, so erwächst die Frage: Ist dieses Personal im Stande, dem Arzte ausreichende Unterstützung zu leisten in der psychischen Behandlung der Kranken?

Die Antwort ist klipp und klar, und damit ist dem Psychiater die Aufgabe gestellt, das Pflegepersonal zu erziehen und zu veredeln: Die psychische Behandlung in unsern Anstalten hat bei unserm Personal zu beginnen.

Im Hinblick auf die erheblichen Lücken und den ausserordentlich geringen Umfang des geistigen Inventars bei unserem Pflegepersonal habe ich schon lange meinen früher befolgten Lehrplan für die Instructionsstunden von Grund aus geändert. Bis dahin hatte ich an der Hand des kleinen Scholz in der sonst allgemein üblichen Weise über die einfachsten Thatsachen der menschlichen Anatomie und Physiologie unterrichtet und dann in ziemlich ausführlicher Weise die Geisteskrankheiten und die Irrenpflege behandelt.

Jetzt liess ich die ganze Anatomie und Physiologie vollständig weg, beschränkte mich in der Besprechung der Irrenpflege auf das Allereinfachste, kaufte dafür aber meinen sämmtlichen Leuten ein gutes Realienbuch, und trieb mit ihnen Heimathskunde, Geographie unseres deutschen Vaterlandes und vaterländische Geschichte.

Ich muss bekennen, dass ich mit einem wahren Feuereifer daran ging, meine Leute aus ihrer Unwissenheit zu reissen; ich sorgte für Atlanten und andere Mittel des Anschauungsunterrichtes, und ich kann sagen, dass mein Eifer zu belehren mit einem ebenso grossen Eifer zu lernen erwidert wurde. Ich beobachtete bald, dass ich mit meinem Unterricht recht zufrieden sein konnte. Die Leute benutzten ihre freie Zeit sehr viel zum lernen und lesen, bei allen war der Wissensdurst mehr oder weniger heiss erwacht, ja — einige entwickelten in kurzer Zeit recht beachtenswerthe Kenntnisse.

Was ich aber noch höher anschlage als diesen Erfolg, das ist die innige Fühlung, die ich so mit dem Pflegepersonal gewann, und die mir gestattete, hier und da Samenkörner auszustreuen, einen erzieherischen Einfluss auf sie auszuüben und in mancherlei Richtung veredelnd auf ihre Lebensgewohnheiten einzuwirken. So kann ich heute geradezu sagen: in unserm Pflegepersonal hier steckt Corpsgeist, bei allen ist mehr oder weniger das geistige Interesse angeregt, sie halten auf sich und sehen auf Ihresgleichen hier zu Lande zwar nicht mit Verachtung, aber doch mit einem gewissen Gefühle der Ueberlegenheit herab.

Im Uebrigen geschieht hier bei uns die Erziehung des jungen Nachwuchses in der Weise, dass die Neuankömmlinge zuerst einem älteren Kameraden auf einer Wachabtheilung beigegeben werden. Hier müssen sie täglich genaue Wachberichte schreiben. Sie bekommen dazu ihre besonderen Unterweisungen. Es wird darauf geachtet, dass sie orthographisch schreiben, dass sie beobachten und beschreiben lernen. Wie manch einer ist hierher gekommen, dessen schwerfällige und von Fehlern wimmelnde Schrift anfangs das Gespött seiner Kameraden war, und der die Anstalt mit sauberer und orthographischer Handschrift verliess!

Zugleich nehmen die Neuen an den Instructionsstunden theil, die abwechselnd entweder Themata der Irrenpflege oder des Fortbildungsschulunterrichts behandeln.

Die Lehre von den Geisteskrankheiten behandle ich sehr kurz; nur was ein Pfleger für seinen Beruf wirklich gebraucht, erörtere ich. Sehr ausführlich spreche ich mit ihnen über Aufnahmebedingungen der Geisteskranken; denn meiner Meinung nach ist hier die Aufklärung sehr am Platze, und so können die Leute selber ab und zu draussen aufklärend wirken oder alte Vorurtheile beseitigen.

Ebenso ausführlich setze ich ihnen auseinander, worin die Elemente der psychischen Behandlung bestehen und wie sie alle daran mit arbeiten müssen, die ihnen anvertrauten Unglücklichen wieder aufzurichten. Ich lege Werth darauf, dass sie im Aeussern stets tadellos erscheinen, dass sie lernen, sich ihren Kranken gegenüber stets taktvoll zu benehmen, und dass sie sich die nöthigen Umgangsformen aneignen.

Für den Fortbildungsschulunterricht benutze ich folgende Lehr- und Anschauungsmittel:

I. Geographie:

1. Seydlitz, E. v. Grosses Lehrbuch der Geographie (Breslau. Ferdinand Hirt). Ein ganz vorzügliches klares Werk.



2. Die in der Miniaturbibliothek (Verlag von Albert Otto Paul, Leipzig) erschienenen Atlanten, die für 10 Pfg. geradezu Erstaunliches bieten.
3. Von Anschauungsmitteln: F. Hirt's Bilderschatz zur Länder- und Völkerkunde und den Bilder-Atlas zur Geographie von Europa (Bibliograph. Institut, Leipzig).

II. Geschichte:

Das Realienbuch meiner Leute (Ausgabe A. Velhagen & Klasing, Bielefeld. 41. A.).

Ausserdem benutze ich je nach Bedarf meine eigene Bibliothek und bin im Begriff eine solche lediglich die Fortbildung des Personals bezweckende Bibliothek zu gründen.

Im Uebrigen bemerke ich noch, dass ich auch die Musik für ein vorzügliches Mittel halte, die Leute zu erziehen und zu veredeln. Ich habe zwar grosse Mühe gehabt, musikalische Talente zu entdecken, noch grössere, diesen die Anfangsgründe der Musiklehre beizubringen. Aber jetzt bin ich für meine Mühe reichlich belohnt. Wir haben ein kleines Orchester, das sich schon ganz gut hören lassen kann.

Auf wissenschaftliche Vorträge lasse ich mich nicht ein. Ich lächle heute über die rhetorischen Leistungen eines mir bekannten Psychiaters, der seinem Personal mit wissenschaftlicher Gründlichkeit Vorlesungen über Paralyse und Paranoia bis zur Differentialdiagnose hielt und ihnen auseinandersetzte, warum Lenau an Melancholie gelitten habe. Es kommt nicht auf psychiatrische Kenntnisse bei unserm Personale an. Was ihnen noth thut, ist Liebe zu ihrem Beruf, Gewissenhaftigkeit und Geduld in dessen Ausübung. Wir müssen danach streben, zu erreichen, dass unser Personal sich im Anstaltsleben wohl fühlt. Wie viel Klagen werden nicht alljährlich laut an den deutschen Anstalten über ungeeignetes Pflegepersonal! Sind die alle nur auf die mangelhaften Löhne zurückzuführen? Ich glaube, zum Theil auch darauf, dass man sich der geistigen Interessen seiner Leute zu wenig annimmt, dass man sich zu wenig Mühe giebt, sie zu erziehen, sie fortzubilden und ihnen für die mancherlei materiellen Genüsse, die sie infolge des klösterlichen Lebens entbehren müssen, geistige Bedürfnisse einzupflanzen. Wir wollen beileibe keine Gelehrten unter unserm Pflegepersonal. Aber wer unter Volk nicht nur eine „rudis indigestaque moles" versteht, sondern dahinter auch noch eine Volksseele entdeckt, wird bald finden, dass sich sehr viel aus den einfachen Leuten aus dem Volke machen lässt, und dass der ihnen Steine statt Brod giebt, der sie mit wissenschaftlichen Stoffen füttern will.

Ich werde diesen Winter mit unserm Pflegepersonal einiges aus der deutschen Litteratur besprechen. Wir werden Leseabende einführen und unsere Freude haben, wie diese einfachen Menschen Goethe und Schiller, eine für sie neue und ungeahnte Welt, entdecken. Vielleicht auch etwas von der deutschen Kunst, z. B. von Dürer, der zu seiner Zeit wirklich im deutschen Volke lebte, wie heute nicht einmal die grossen Dichter.

Meinem hochverehrten Chef, Herrn Sanitätsrath Wagemann, bin ich dankbar einmal, dass er mir in der Durchführung meiner Ideen weitesten Spielraum liess, und dann, dass er mir die Veröffentlichung dieser Arbeit gestattete.

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

(Fortsetzung.)

Bern verlangt neben dem guten Leumund des Unternehmers, dass er „überhaupt in moralischer Hinsicht (Thurgau auch hinsichtlich seiner „intellektuellen Bildung") die nöthigen Garantieen darbiete". In Zürich soll er „hinreichende Gewähr für gute Besorgung der Geisteskranken bieten". Damit ist der concessionirenden Behörde eine fast unbeschränkte Freiheit gegeben. (Sc. in Theorie . . .)

In England muss eine der Personen, welche die Concession erhalten haben, in der Anstalt wohnen.

2. Sachliches Moment.

Mit Ausnahme von Genf, Neuchâtel, Spanien (im Zusammenhange mit der Art ihrer Concessionsertheilung) stellen alle Gesetze, die sich mit der Privatanstalt befassen, Forderungen auf bezüglich der baulichen, psychiatrischen und hygienischen Einrichtung der An-



stalt. Doch sind auch diese Forderungen sehr verschieden. Die eine Grenze ist das Verlangen nach „tauglichen Räumlichkeiten" (oder ähnlich), die andere ist die Aufstellung eines ganzen Codex von Bedingungen.

a) Einzelne Gesetzgebungen verlangen einfach, dass sich die Behörde von dem Vorhandensein genügender Räume überzeuge. So England, New-York.

In beiden Staaten sollen die commissioners eine Inspection der Räume vornehmen. Sofern in England die „license" durch die Friedensrichter ertheilt worden ist, müssen diese innerhalb 7 Tagen davon den Commissioners Mittheilung machen.

In Bern wird Nachweis davon gefordert, dass der Unternehmer „Inhaber von Räumlichkeiten ist, die sowohl in Betreff ihrer Lage als hinsichtlich der innern Einrichtung dem Zwecke entsprechen". Expertise auf Kosten des Gesuchstellers möglich [166]) (Pläne müssen also nicht eingereicht werden). Idem Thurgau. [167]) Dieselbe Anforderung betr. der Räume stellt Holland. [168]) Dagegen verlangen die Vorlegung von Bauplänen, Beschreibung der Lage, der Lokale, der sanitarischen und psychiatrisch-technischen Einrichtungen:

Belgien [169]) (in äusserst detaillirter Weise), das Deutsche Reich, [170]) wo die Concession zu versagen ist, „wenn die Anstalt nur in einem Theil eines auch von andern Personen bewohnten Gebäudes untergebracht werden soll und durch ihren Betrieb für die Mitbewohner dieses Gebäudes (das scheint quaestio facti zu sein) oder durch ihre örtliche Lage für die Besitzer oder Bewohner der benachbarten Gebäude erhebliche Nachtheile oder Gefahren hervorrufen kann. Ueber diese quaestio facti sind vor Ertheilung der Concession die Ortspolizei und Gemeindebehörden zu hören. [171])

Die oben genannten Bedingungen gelten auch für Frankreich, [172]) wo besonders nachgewiesen werden muss, ob die Anstalt auch andere Kranke aufnehme, und wenn ja, dass sie von den Geisteskranken vollständig getrennt seien, Norwegen, Oesterreich, [173]) Schweden, [174]) Waadt. [175])

Unter den Bedingungen, die zu erfüllen sind, stehen auch solche betr. „la sécurité et la tranquillité publique, la salubrité", S. auch Zürich. [176])

b) Fernere Bestimmungen.

Trennung der Geschlechter. Belgien, Frankreich, Holland (Art. 8, Nr. 2), Norwegen, Waadt, Zürich.

Trennung der verschiedenen Altersstufen. Belgien (Kinder unter 16 Jahren abzusondern), Frankreich (l'enfance et l'âge mûr), Waadt (des âges).

Trennung der verschiedenen Krankheitsformen und Grade. Belgien (classement d'après les exigences de leur maladie et la nature des soins), Frankreich, [177]) Holland (art. 8, Nr. 3), Norwegen (eine passende Klassifikation der Kranken), Waadt, Zürich (die Art von Geisteskranken).

Bestimmung, dass die Concession nur für eine festgesetzte Zahl von Kranken gelte. Belgien [178]) (la demande fait en outre connaître les aliénés de chaque sexe, pensionnaires ou indigents, adultes ou enfants âgés de moins de 16 ans que l'établissement est destiné à recevoir. Le nombre est fixé par un arrêté ministeriel pour les établissements destinés à recevoir moins de cinq cent aliénés). Frankreich [179]) (il en sera fait mention dans l'autorisation). Will der Director die Zahl der Pensionäre vermehren, so bedarf es einer neuen Autorisation und des Nachweises, dass die alten oder neu construirten Räumlichkeiten zur Aufnahme der neuen Kranken genügen. [180]) Oesterreich, [181]) Schweden, [182]) Zürich. [183])

Bestimmungen betr. die Wärterzahl. Bayern (M. E. 3, XII. 95, § 4), Belgien (Art. ord. 3, Abs. 2, letzter Satz). [184]) Frankreich (ord. art. 22, Nr. 5). Holland (art. 8, Nr. 4). Norwegen (§ 1, Abs. 3. Soll in den Regulativen enthalten sein.) Oesterreich (M. V. 1874, § 3). Waadt (le nombre des gardes et employés, a. a. O.).

Genehmigung der speciellen Anstaltsreglemente durch die Behörde. Belgien (Ord. art. 4, wird durch die Behörden aufgestellt, Art. 29 bis 31). Frankreich (Art. 23, bes. betr. die guten

166) V. 1865. § 2, Abs. 1 c, Abs. 2.

167) V. 1895. § 1, Abs. 2 c.

168) wet Art. 8. n° 1.

169) loi Art. 3. n° 1 a ord. art. 3.

170) GO. § 30, Abs. 2 c, d, Abs. 3.

171) Wir bezweifeln lebhaft, dass das für kleinere Orte die richtige Instanz sein sollte.

172) ord. art. 21, 22.

173) N. lov. § 1, Abs. 2. Oesterreich MV. 174. § 3.

174) Stadga § 52.

175) loi art. 4.

176) V. 1899. § 5 und §§ 7, 8.

177) Ord. Art. 22, Nr. 3, 4.

178) ord. art. 2.

179) ord. art. 20. 180 art. 29. Auch muss die Caution vermehrt werden. Siehe unten, e, γ. 181 MV. 174, § 3.

180) art. 29. Auch muss die Caution vermehrt werden. Siehe unten, e, γ.

181) MV. 1874. § 3.

182) Stadga. § 52.

183) V. 1899. § 5.

184) Ausserdem ord. Art. 26—28.

Sitten und die Sicherheit der Personen). Schweden (st. § 52, nur für Corporationen). Norwegen (§ 1, Abs. 2, sollen noch Bestimmungen enthalten betr. Verpflegung, Aufrechterhaltung der Reinlichkeit, Ordnung und Sittlichkeit, Zwangsmittel, Arbeiten, Zerstreuung und Vergnügen, Klassifikation).

Oesterreich (M. V. 1874, § 3, Hausordnung). Diese Bestimmung gilt auch für Genf (loi art. 5).

In England haben die Commissioners das Recht, für die licensed houses Reglemente zu erlassen, die vom Staatssekretär genehmigt werden (act. Art. 22 ff.).

e) Anforderungen an den Betrieb der Anstalt.

Neben den Concessionsbedingungen stellen einige Staaten noch besondere Anforderungen an die concessionirte Anstalt. Ihre Nichterfüllung hat Ordnungsstrafen, unter Umständen den Rückzug der Concession zur Folge.

α) Der ärztliche Dienst.[185])

Die Anstellung eines Arztes als verantwortlichen Leiter der Anstalt ist nicht überall gefordert. So sagt Waadt, die Privatanstalt müsse in der Regel von einem Arzte dirigirt sein. In denjenigen Anstalten, die des ärztlichen Leiters entbehren, dürften Zwangsmittel nicht angewendet werden (loi art. 6).

Auch das Deutsche Reich als solches verlangt keinen ärztlichen Leiter und aus den Motiven zur G. O. kann nur die Nothwendigkeit der Einrichtung des ärztlichen Dienstes deduzirt werden. (Dagegen Preussen etc. s. unten.)

So fehlt jede Bestimmung in Genf, Neuchâtel, Spanien, wiederum auf Grund der besonderen Concessionsart, so auch New-York. Die andern Staaten stellen präcisere Normen über den ärztlichen Dienst auf. Nicht sehr klar ist Zürich, wenn es die „ärztliche Behandlung der Geisteskranken" einem diplomirten Arzt (über dessen irrenärztliche Qualification nichts verlautet) zu übertragen verordnet. Damit ist nicht gesagt, ob der Arzt in der Anstalt wohnen muss, noch wie oft er die Kranken zu besuchen hat, wenn er nicht dort wohnt. [Der Besitzer, wenn Arzt, kann selber behandeln, sonst Anstellung des Arztes (ohne Genehmigung) durch den Director.][186])

In Norwegen[187]) und Schweden[188]) soll ein approbirter Arzt, der in Schweden nach Vorschlag des Besitzers von der Medicinalverwaltung, in Norwegen vom König dazu ermächtigt ist, der Anstalt vorstehen (Schweden: förestas; Norwegen: bestyres).[189])

In Schweden hat er sich (in anwendbarem Maasse)[190]) an die Vorschriften für staatliche Anstalten zu halten.

Detaillirte Vorschriften über die ärztliche Leitung geben Baden, Bayern, Belgien, England, Preussen, Württemberg. In Belgien und England wird nur im Lande approbirter Arzt verlangt, die deutschen Staaten verlangen den Nachweis psychiatrischer Vorbildung, dessen Anstellung der Genehmigung durch das Med.-Kollegium (Württemberg) bezw. durch den Regierungspräsidenten (Preussen) bedarf. In Preussen muss auch seine Vertretung geordnet sein. Dieser Staat verlangt für den leitenden Arzt in der Regel zweijährige psychiatrische Vorbildung an einer grössern öffentlichen Irrenanstalt.[191]) So auch Baden, Bayern und Hamburg, doch nicht zwei Jahre.[192])

Nach Anhörung der Besuchskommission kann der Minister für Med.-Angelegenheiten in Preussen auch den Dienst an einer grössern geeigneten Privatanstalt oder Krankenhausabtheilung für Geisteskranke (auch ein Jahr öffentliche Anstalt) für genügend erklären.

Belgien verlangt mindestens einen Arzt für eine Anstalt, bei mehr als 150 Kranken mindestens einen Assistenzarzt.

England verlangt bei 100 Geisteskranken einen residirenden Arzt, bei 50—100 Geisteskranken täglichen Besuch eines nicht residirenden, bei 11 oder weniger Betten mindestens zweiwöchentlich einen Besuch.[193])

Auch in Frankreich muss der medecin en chef in der Anstalt wohnen. In Preussen und Württemberg müssen Anstalten von über 50 Geisteskranken einen dort wohnenden Arzt haben. Bei weniger genügen Besuche nach Maassgabe der Forderung der Controllbehörde (Reg.-Präs., Med.-Coll.). In grössern Anstalten soviel Hülfsärzte, dass auf 100 Geisteskranke (in Preussen auf 200 Epileptiker) ein Arzt kommt. In Bayern wird das „erforderliche" Personal von unbescholtenen, theoretisch (wenn als Vertreter des Directors gedacht, auch practisch) vorgebildeten Hilfsärzten verlangt (M.-E. 3. XII, 95, § 3).

(Fortsetzung folgt.)

[185]) Bern, Holland, Oesterreich, Thurgau, Frankreich, wo Arztqualität oder Anstellung eines Arztes Concessionsbedingung ist, werden hier nur bez. Besonderheiten angeführt, Bern, Holland und Thurgau also gar nicht mehr, da sie weiter nichts verordnen.

[186]) Zürich V. 1899. § 17.

[187]) lov.

[188]) Stadga. § 53.

[189]) S. 310 wird als Verwaltung übersetzt. s. Reuss zweite Linie.

[190]) Reuss, S. 305. § 53, Abs. 2.

[191]) MV. 1901. § 19.

[192]) MV. vom 15. Juni 1898. Ges.- und Verordnungsblatt. S. 343 ff. IV. Nr. 4. Hamburg V. 1899, § 10. Bayern ME. 3. XII. 95. § 2.

[193]) act, art. 228.

Mittheilungen.

— **50jähriges Bestehen der Kreisirrenanstalt Werneck in Unterfranken.** Am 29. und 30. October feierte die Kreisirrenanstalt Werneck*) ihr 50-jähriges Bestehen. Am 29. Abends fand die Begrüssung der Festgäste statt; am 30. Morgens 8 Uhr concertirte eine Musikkapelle im Einfahrtsrondelle des alten Schlosses; um 9 bzw. 10 Uhr wurden Festgottesdienste für beide Confessionen in der Anstaltskirche abgehalten.

Um 11 Uhr fand der Festact im grossen Festsaale des Schlosses statt. Zur Feier waren von der Kgl. Regierung der Anstaltsreferent Herr Regierungsrath Matt und Kreismedicinalrath Schmitt erschienen; als Vertreter des unterfränkischen Landrathes fungirte Herr Hofrath Dr. Söldner von Schweinfurt. — Zur Jubiläumsfeier erging an sämmtliche noch lebenden ehemaligen Aerzte, Verwaltungsbeamte, Geistliche und Lehrer Einladung, welcher zahlreiche Herren Folge leisteten. Der derzeitige kgl. Direktor Dr. Kaufmann (seit 1877 im Anstaltsdienste) gab in längerer Rede einen Rücklick auf die Geschichte der Anstalt, gedachte der Direktoren Dr. Gudden († 1886) und Dr. Hubrich, des Königs Max II., dem es zu danken ist, dass das ehemals fürstbischöfliche Schloss in den Besitz des Kreises für den Zweck der Irrenflege gekommen ist; die Festrede endete mit einem Hoch auf seine Kgl. Hoheit den Prinzregenten von Bayern.



Der Vertreter der K. Staatsregierung, Regierungsrath Matt dankte für die Einladung, gedachte der Bereitwilligkeit des unterfränkischen Landrathes in der Bewilligung der Geldmittel, des weiteren der Verdienste derjenigen Männer, durch deren organisatorisches Talent die Anstalt gross geworden, und sprach den Dank der Regierung dem derzeitigen Leiter und seinen Aerzten, dem Pflegepersonal, in Sonderheit dem Oberpfleger Pfister, der 48 Jahre ununterbrochen an der Anstalt thätig ist, und dem Verwaltungspersonale aus. — Hofrath Dr. Söldner sprach im Namen der Kreisvertretung, die die Irrenpflege als ihre Hauptaufgabe betrachte.

Nach dem Festacte wurde am Denkmale des Direktors Gudden, das vor der Schlossterrasse errichtet ist, ein Kranz niedergelegt; alsdann begab sich die Festversammlung auf den Anstaltsfriedhof, wo an den Gräbern Direktor Hubrichs und der im Jahre 1868 verunglückten Aerzte und Pflegepersonen Kränze unter entsprechenden Reden niedergelegt wurden.

Um 1 Uhr fand ein Diner im Festsaale des Schlosses statt; um 5 Uhr war für die Kranken ein Concert veranstaltet Das in schönster Harmonie verlaufene Fest wird jedem Theilnehmer unvergesslich bleiben.

*) **Werneck**, im 13. Jahrhundert im Besitze des Ritter Bodo von Ravensburg, später im Besitze des Hochstiftes zu Würzburg, wurde durch Fürstbischof Friedrich Karl Graf von Schönborn zur Sommerresidenz erhoben. Dieser liess das heute noch stehende zu einer Anstalt adaptirte Hauptgebäude durch seinen Architekten Artillerieobersten Neumann, nachdem dieser die Würzburger Residenz vollendet hatte, im Jahre 1732 beginnen; der Bau wurde mit einem Aufwande von 368 429 fl. 34 Kr. im Jahre 1745 zu Ende geführt. Unter Napoleon I. kam Werneck in den Besitz des Grossherzoges Ferdinand von Toskana, der die Würzburgischen Lande als Grossherzogthum erhielt. 1815 kam Werneck durch den Wiener Kongress an die Krone Bayerns; 1853 wurde das Schloss mit dem Parke (149 Tagwerk Terrain) Dank der Munifizenz König Max II. um 155 000 fl. dem Kreise Unterfranken zur Errichtung einer Irrenanstalt überlassen.



Anlässlich des Jubiläums hat Direktor Dr. Kaufmann eine Festschrift verfasst, die mit einer Reihe von Abbildungen die Geschichte des Schlosses Werneck und die Entwicklung der Irrenpflege in demselben schildert.

— **XII. Sitzung des Nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Danzig** am 3. Juli 1905.

Anwesend waren die Herren: Baller-Owinsk, Deutsch-Lauenburg, Dluhosch-Kosten, Dubbers-Allenberg, Falk-Kortau, Farne-Danzig, Freymuth-Danzig, Göhlmann-Conradstein, Heinke-Lauenburg, Heinze-Neustadt, Herse-Neustadt, Holz-Kortau, Horstmann-Treptow, Ketz-Conradstein, Krebs-Allenberg, Kroemer-Conradstein, Kurbitz-Treptow, Meyer-Königsberg, Puppe-Königsberg, Rabbas-Neustadt, Siemens-Lauenburg, Stoltenhoff-Kortau, Titius-Allenberg, Vollheim-Lauenburg, Warschauer-Hohensalza.

Ihr Ausbleiben haben entschuldigt: Kayser-Dziekanka, Schauen-Schwetz, Schulze-Greifswald, Meschede-Königberg.

Den Vorsitz führt Dubbers-Allenberg.

Es folgen zunächst geschäftliche Mittheilungen.

Meyer-Königsberg beantragt: regelmässige Erstattung von Referaten über wichtige psychiatrische Fragen. Der Antrag wird angenommen und den Geschäftsführern des nächsten Jahres die weitere Bestimmung überlassen. Als solche werden vorgeschlagen und gewählt: Meyer-Königsberg und Puppe-Königsberg.

Als Versammlungsort wird wieder Danzig bestimmt.

Meyer-Königsberg: Zur pathologischen Anatomie der Dementia paralytica (Plasmazellen).

M. bespricht zuerst die Entwickelung der Ansichten über die morphologisch-tinctorielle Eigenart sowie die Genese der Plasmazellen, wobei er sich der Auffassung von Marschalkó's anschliesst, unter gleichzeitiger Berücksichtigung der von Nissl*) neuerdings gegebenen Definition.

M. benutzte zur Färbung der Plasmazellen Thionin nach vorheriger Härtung in Orth'scher Mischung (Formol-Müller) nach der von Juliusburger für Ganglienzellenfärbung angegebenen Methode. Dabei erscheint das Protoplasma röthlich mit etwas violettem Ton, der Kern blau. Das Protoplasma, das oft wabenartig oder netzförmig angeordnet erscheint, zeigt bei dieser Färbung keine Körnelung.

M. hebt dabei hervor, dass es in der letzten Zeit Schridde im pathologischen Institut zu Marburg*) gelungen ist, Körnelungen im Sinne der Altmannschen Granula in den Plasmazellen festzustellen, was nach Schridde deshalb so wichtig ist, weil „neben dem Kern nur allein die specifische Art der Zellkörner uns ein sicheres Kriterium zur Unterscheidung der Zellen giebt", während die Basophilie der Zellen dazu nicht geeignet sei, weil sie bei den verschiedensten Zellen sich finde.

*) Nissl, Zur Histopathologie der paralytischen Rindenerkrankung. Histologische und Histopathologische Arbeiten über die Grosshirnrinde etc., herausgegeben von Nissl, Band I, 1904.

*) Schridde, Beiträge zur Lehre von den Zellkörnelungen etc. Anatomische Hefte 85/86.

Wie M. weiter ausführt, haben zuerst Nissl und Vogt (unter Nissl's Leitung) nachgewiesen, dass die adventitiellen Infiltrate in der Hirnrinde bei Paralyse vorwiegend aus Plasmazellen bestehen, hinter denen die Lymphocyten zurücktreten, die nur an den grösseren Gefässen zahlreicher liegen, während (Vogt) in der Hirnrinde von 42 Nicht-Paralytikern nur in 2 Fällen Plasmazellen sich fanden, in einem Falle drei, in einem zweiten, der jedoch vielleicht eine jugendliche Paralyse war, viele Plasmazellen. Ebenso konnte Alzheimer*) in 170 Fällen von sicherer Paralyse stets Plasmazellen in Rinde und Pia feststellen.

Maheim und Havet haben Bedenken gegen die hohe Bewerthung der Plasmazelleninfiltrate erhoben, doch hält M. diese im Anschluss an Nissl's Ausführungen (l. c.) nicht für hinreichend begründet. Was speciell die Frage der diffusen syphilitischen Meningo-Myelitis angeht, so seien bei der Lues cerebro-spinalis einmal Gummata vielfach nachweisbar, ferner Gefässveränderungen im Sinne Heubner's, oder die Meningitis sei ene mehr localisirte (Alzheimer). Uebrigens werde, selbst wenn das Vorkommen einer ganz diffusen Meningo-Myelitis anzunehmen sei, die Abgrenzung wohl meist gelingen (Vorwiegen der Pia-Erkrankung, in erster Linie Lymphocyteninfiltration von der Pia in die benachbarte Rinde einstrahlend etc.).

Bei der Wichtigkeit der Frage, ob die Plasmazelleninfiltrate gewissermaassen pathognomisch für die paralytische Hirnrindenerkrankung sind, hat M. seine theils aus den Tübinger und Kieler Kliniken, theils aus Königsberg stammenden Präparate von 69 Fällen in diesem Sinne durchmustert.

M. erwähnt vorher kurz, dass nach den bisherigen Untersuchungen Plasmazellen normaler Weise in der Milz, Lymphdrüsen und Leber, nicht jedoch im Gehirn und Rückenmark beim Menschen gefunden seien. Dagegen hat M. sie in drei von ihm untersuchten Ganglia Gasseri gefunden, sehr zahlreich bei einer Paralyse, etwas weniger häufig bei einer senilen Demenz und einer wahrscheinlich arteriosklerotischen Geistesstörung.

Sodann wendet sich M. den Befunden in der Hirnrinde zu: Von 18 Paralyse-Fällen ergaben 17 typische Pia-Rindeninfiltrate im Sinne Nissl's und Alzheimer's. Im 18. Falle, der klinisch ebenfalls als sichere Paralyse imponierte und sehr schnell letal verlief, starke Plasmazelleninfiltrate in der Pia und zwar zunächst der Hirnrinde, daneben viel Lymphocyten in Haufen etc., Hirnrinde frei. Am Gehirn wie Rückenmark sichere syphilitische Veränderungen, so ein kleines Gummi in der Pia spinalis.

Unter den 51 anderen Fällen wiesen 12 von Dementia senilis, 1 von arteriosklerotischer Hirnerkrankung, 11, die als Autointoxikationspsychosen resp. Delirium acutum aufgefasst wurden, 1 von Collapsdelirium bei Typhus, 2 von Inationsdelirien bei Tuberkulose, 1 von puerperaler Sepsis mit Fieber-

*) Alzheimer, Histologische Studien zur Differentialdiagnose der progressiven Paralyse.

S. Histologische Arbeiten herausgegeben von Nissl.

delirien sowie 2 von nicht geisteskranken Tuberkulösen durchaus negatives Resultat auf.

Ebensowenig fanden sich Plasmazellen — oder Lymphocyten-Infiltrate in 8 Delirium tremens-Fällen sowie bei einem chronischen Alkoholisten, bei dem während des Lebens der Verdacht der Paralyse nahe lag.

Ein gleiches negatives Resultat ergab die Untersuchung bei 4 Katatonien, 2 zweifelhaften Fällen, vielleicht auch der Dementia praecox angehörig, 2 Melancholien und endlich 2 an intercurrenten Krankheiten verstorbenen Hysterien sowie einer im status epilepticus psychicus letal endigenden Epilepsie.

Wie alle Untersucher, fand auch M. bei Tuberkeln im Hirn sowie einer von einer tuberkulösen Wirbelerkrankung ausgehenden tuberkulösen Meningitis des Rückenmarks bis hinauf zur Basis, zahlreiche Plasmazellen am Rande der Tuberkel sowie im meningitischen Infiltrat, während die etwas entfernteren Partieen der Rinde keine Plasmazellen enthielten.

In einem früher von Juliusburger und Meyer beschriebenen Falle von „infectiöser Granulationsgeschwulst" — Anhaltspunkte für Paralyse lagen nicht vor, auch die Diagnose Lues cerebro-spinalis liess sich nicht sicher stellen — ergab die erneute Untersuchung, dass in den Infiltraten der Hirnrindengefässe Plasmazellen deutlich vorhanden waren, ebenso sehr zahlreich in der diffusen Infiltration im Rückenmark, während das Pia-Infiltrat, sowie speciell das um die grösseren Gefässe im Rückenmark, vorwiegend aus Lymphocyten bestand.

Abgesehen von der Rinde finden sich bei der Paralyse auch in den tieferen Hirntheilen, so z. B. der Vierhügelgegend Plasmazelleninfiltrate.

Was das Rückenmark anbelangt, so beobachtete M. in einem Fall von amyotrophischer Lateralsklerose, combinirt mit multiplen Cysticerken der Hirnhäute, in den degenerirten Pyramidenbahnen starke Plasmazelleninfiltration bis hinauf in die Medulla oblongata, während die Rinde, speciell die Centralwindungen, frei waren. Zum Vergleich untersuchte Rückenmarksdegenerationen bei Paralyse liessen in einzelnen Fällen, aber nie sehr zahlreich, Lymphocyten und Plasmazellen erkennen.

M. kommt zu dem Schluss, dass entsprechend den Angaben Vogt's, Nissl's und Alzheimer's die paralytische Pia-Rindenerkrankung durch adventitielle Plasmazellen-Infiltrate ausgezeichnet ist, die der Ausdruck einer Entzündung (Nissl) sind.

Dagegen fehlen Plasmazellen- und auch Lymphocyten-Infiltrate in der Pia und Hirnrinde von Kranken mit den verschiedensten anderen Geisteskrankheiten, die zum Theil klinisch differential-diagnostische Schwierigkeiten mit der Paralyse bieten können, theils nach ihrem Krankheitsbilde gerade an entzündliche Veränderungen in der Hirnrinde denken lassen (z. B. Autointoxicationspsychosen, Delirium acutum, Delirium tremens).

Plasmazellen-Infiltration in der Hirnrinde ist somit eine ausserordentlich wichtige und dabei leicht erkennbare Stütze der Diagnose Paralyse. (Autoreferat.)

In der Discussion bemerkt auf eine Anfrage Meyer-Königsberg:

Unter Berücksichtigung der aufgeführten Kriterien sind die Plasmazellen von den Ganglienzellen wohl meist sicher zu unterscheiden, um so mehr, da sie in der Regel in ihrer Lage sich eng an die Gefässe anschliessen.

Im Liquor cerebro-spinalis fand M. bis jetzt nie Plasmazellen; er erwähnt dabei das Vorkommen eosinophiler Zellen im Liquor.

Die Lumbalpunktion führt er der Vorschrift gemäss in Seitenlage aus. Er hat dabei, auch bei poliklinischen Kranken, die er zumeist $^1/_2$ Stunde und länger nach der Punktion liegen liess, nie bedrohliche Erscheinungen beobachtet, bei einem erheblichen Theil der Kranken überhaupt keine Störungen.

2. Horstmann-Treptow a. Rega: Ueber jugendliche Lügnerinnen.

Vortr. berichtet über zwei Brandstifterinnen, bei denen die Art der Lügenhaftigkeit beachtenswerth erscheint. Den ersten Fall rechnet H. zur pseudologia phantastica Delbrück's, im zweiten erblickt er eine Uebergangsform von der Lüge des Normalen zur pathologischen Lüge. In beiden Fällen handelt es sich um (14 und 15 jährige) körperlich voll entwickelte Mädchen, die noch nicht menstruirt sind. Vortr. ist geneigt, in der präpubischen Labilität ein begünstigendes Moment für das Hervortreten schon bestehender ethischer Defecte (im Besonderen der Lügenhaftigkeit beim Weibe) anzusprechen.

(Autoreferat.)

(Schluss folgt.)

Referate.

— Die Gesetze betreffend Bekämpfung ansteckender Krankheiten und zwar 1. Reichsgesetz, betr. die Bekämpfung gemeingefährlicher Krankheiten, vom 30. Juni 1900, 2. Preussisches Gesetz, betr. die Bekämpfung übertragbarer Krankheiten, vom 28. August 1905, nebst Ausführungsbestimmungen, erläutert für Preussen von A. Schmedding, Landesrath, Mitglied des Hauses der Abgeordneten. Münster i. W. Aschendorff, 1905. XIV u. 208 S. Preis in Calico 2,60 M.

Unter obigem Titel hat der langjährige Decernent für das Irrenwesen der Provinz Westfalen eine überaus brauchbare Zusammenstellung und Erklärung der beiden Gesetze veröffentlicht, deren Bestimmungen vielfach Neuerungen aufweisen, die auch den Anstaltsleitern bekannt sein müssen. Die Anschaffung des Buches für die Anstaltsbibliothek wird hiermit empfohlen. Meyer, Geseke i. W.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 35. 25. November. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Rheinische Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt Galkhausen.

(Nach der gleichbetitelten Denkschrift der rheinländischen Provinzial-Verwaltung). Mit 8 Abbildungen.

In seiner Sitzung vom 16. März 1897 fasste der Rheinische Provinziallandtag auf Grund einer von dem Provinzialausschuss vorgelegten umfangreichen Denkschrift vom 20. Oktober 1896 nach eingehenden Vorberathungen eine Reihe von wichtigen Beschlüssen über die Reform des Rheinischen Irrenwesens.

Diese Beschlüsse bezweckten:

1. eine durchgreifende Erneuerung und Verbesserung der bereits bestehenden Einrichtungen nach den neuesten Anforderungen der Wissenschaft und Praxis;
2. eine der nachgewiesenen Vermehrung der in Anstaltspflege unterzubringenden Geisteskranken entsprechende Beschaffung neuer Plätze und Unterkunftsstätten und zwar
   a) durch Erweiterung einzelner alten Anstalten und
   b) durch Errichtung von 2 neuen Provinzialanstalten zu je 800 Betten, von denen die eine ausschliesslich für Geisteskranke, die andere für Epileptische und Geisteskranke bestimmt sein sollte.

Als erste dieser beiden neuen Anstalten wurde die Anstalt Galkhausen bereits im April 1897 in Angriff genommen.

Für die Auswahl des Anstaltsgrundstückes war in erster Linie der Umstand maassgebend, dass die Anstalt vorzugsweise zur Aufnahme der Geisteskranken aus der Stadt Cöln dienen sollte, welche letztere den Plan der Erbauung einer eigenen, für die Bedürfnisse des Stadtbezirks ausreichenden städtischen Irrenanstalt aufgegeben hatte.

Die vollständige, reich illustrirte und viele Tafeln enthaltende Denkschrift ist bei der Anstalt Galkhausen für Mk. 3.— noch zu haben.

Es wurde deshalb das zwischen den Eisenbahnlinien Cöln-Benrath-Düsseldorf und Cöln-Opladen-Düsseldorf, etwa 2 km von der Station Langenfeld und 4 km von der Station Immigrath gelegene Gut Galkhausen, welches alle Vorzüge eines Anstaltsgutes in sich vereinigte, gewählt. Es stellt einen abgerundeten Besitz von reichlich 114 ha dar; davon sind 48 ha Wald, 37 ha Ackerland und 4 ha Wiesen; der Rest von 25 ha entfällt auf die Gebäudeflächen nebst den zugehörigen Wegen und Anlagen. Für den Ankauf eines Gutes in diesem Umfange war entscheidend, dass die nach dem modernen „Offen-Thür-System" eingerichteten „colonialen" Anstalten als erste Voraussetzung einen zur intensiven landwirthschaftlichen Beschäftigung, die geradezu als Heilfactor in Betracht kommt, genügenden Grundbesitz erfordern. Das Gut hat humosen Sandboden, der sich zur Bearbeitung durch die Kranken und für die nach den örtlichen Verhältnissen für die Abwässerung angezeigten Rieselanlagen am besten eignet. Der sog. „Galkhauser Bach" durchzieht die Besitzung in ihrer ganzen Breite. Der Waldbestand setzt sich überwiegend aus Buchen- und Eichenhochwald, in der nächsten Umgebung der Anstalt aus Kiefernwald, welcher nachträglich mit Laubholz unterbaut ist, zusammen. Die vorhandenen Waldparzellen auf dem Baugelände sind möglichst erhalten und parkartig ausgebildet worden, so dass ein Theil der Gebäude gewissermaassen in den Wald hineingebaut ist.

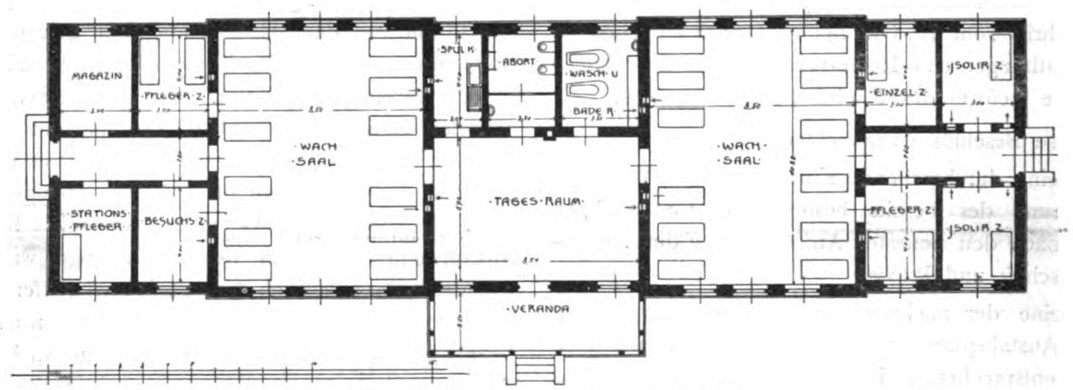
Es ist hierdurch für die junge Anstalt schon von vornherein, abgesehen von den gesundheitlichen Vortheilen, ein reizvolles landschaftliches Gesammtbild gewonnen, das in der Regel erst älteren Anstalten nach langer Mühe zu Theil wird. (Siehe Gesammtübersicht aus der Vogelperspektive.)

Im übrigen waren für die Gestaltung des Bau-



programms im wesentlichen folgende allgemeine Grundsätze maassgebend:

1. Berücksichtigung des für alle neueren Anstalten im Prinzip anerkannten, wenn auch nicht überall gleich vollständig durchgeführten „Offen-Thür-Systems", mithin Vermeidung aller gefängnissmässigen Sicherungsmaassregeln wie Gitter, Mauern und dergl.
2. Möglichste Anlehnung an die den Gewohnheiten der Kranken geläufigen Einrichtungen der Privatwohnungen unter Vermeidung aller anstaltsähnlichen Bauten und Anlagen.
3. Uebersichtliche Anordnung und Einrichtung der Krankenräume nach den Forderungen der modernen Psychiatrie, welche an Stelle der Einsperrung in Isolierzellen eine dauernde Beaufsichtigung so weit nöthig unter Bettbehandlung und Verabreichung von Dauerbädern treten lässt.



Zu Abb. 2. Grundriss zum Aufnahmehaus.

4. Individualisirung der einzelnen Krankheitsformen durch Herstellung kleinerer, über eine grössere Fläche gruppenweise zerstreuter Villen für 25 bis 40 Betten von verschiedenen, den Bedürfnissen und der Eigenart der Kranken angepassten Grundrissen.
5. Vereinigung grösster Einfachheit mit möglichster Solidität im Aeussern wie im Innern der Gebäulichkeiten. Daneben Erzielung eines behaglichen und wohnlichen Eindrucks durch freundliche Ausstattung der Räume.
6. Verlegung der Wirthschaftsräume und Zufuhrwege an die Peripherie der Anstalt zur Vermeidung von Unruhe und störendem Geräusch im Bereiche der Krankenhäuser.

Hiernach ergab sich für die Lage der Gebäude folgende Anordnung:

Von der nach Süd-Westen gerichteten Front der Anstalt zieht sich die verkehrsreiche Provinzialstrasse Düsseldorf-Cöln entlang. Von letzterer zweigt sich im rechten Winkel durch die Mitte der Anstalt hindurch eine 400 m lange Fahrstrasse ab, welche die Scheidelinie zwischen den Frauenabtheilungen (rechts) und den Männerabtheilungen (links) bildet. Um noch eine weitere Trennung zwischen den Geschlechtern zu erzielen, sind an dieser Fahrstrasse entlang eine Reihe von Verwaltungs- und Beamtenhäusern errichtet: Zunächst links: das Verwaltungsgebäude, ein Doppelhaus für Oberärzte, die Bäckerei, das Kessel-, Maschinen- und Werkstättenhaus; rechts: ein ferneres Arzthaus und dem Maschinenhaus gegenüber die Koch- und Waschküche, ferner genau in der Mittellinie: dem Eingange gegenüber das Directorwohnhaus, im Centrum die Kirche und am Schluss der Feuerlösch-Gerätheschuppen.

Um die Peripherie der Männerabtheilungen führt von dem Maschinenhause nach links in grossem Bogen zurück zur Provinzialchaussee eine für die Zufuhr der Kohlen und Wirthschaftsbedürfnisse erbaute ebenfalls chaussirte Strasse, an welcher das Wohnhaus für den Maschinenmeister und Oberpfleger, die Gärtnerwohnung und das Gewächshaus Platz gefunden haben. An ihrer Ausmündung in die Provinzialstrasse findet sich noch ein Pflegerwohnhaus und zwischen diesem und dem Directorwohnhaus, unfern der Provinzialstrasse, ein Pfleger-Doppelhaus mit Kegelbahn und die Dienstwohnung für den Verwalter und den Rendanten.

Wenn zu diesen 15 Gebäuden noch die im Walde östlich von den Frauenabtheilungen etwas verborgene Leichenhalle nebst Sectionsräumen, die nördlich von der Männerseite ca. 500 m abseits gelegene Oekonomie und die Anstaltswage gezählt werden, so ergeben sich von den insgesammt 40 Anstaltsgebäuden noch 22 für die eigentlichen Krankenhäuser. Diese lassen sich in 4 Gruppen zerlegen: In die geschlossenen und die offenen Abtheilungen auf der Männerseite

und die entsprechenden gleichen Abtheilungen auf der Frauenseite. In den „geschlossenen“ Häusern werden beobachtungsbedürftige oder unruhige Patienten untergebracht, welchen der freie Ausgang nicht gestattet werden kann; hier müssen die Thüren meist unter Verschluss gehalten werden, auch sind die Hausgärten von leichten Holzzäunen eingefriedigt. In den „offenen“ Häusern dagegen fallen alle Beschränkungen der Bewegungsfreiheit fort.

Die geschlossenen Abtheilungen liegen mehr von der Provinzialstrasse entfernt im Hintergrunde, während die offenen im Vordergrunde in den Anlagen an der Chaussee vertheilt sind. Unter den „geschlossenen“ Häusern dienen einige noch besonderen Zwecken. Dies sind die Lazarette für körperliche Kranke (Abbild. 8), die Aufnahmestationen für die neueingelieferten (Abbild. 2) und die „Halboffenen“- oder Reconvalescentenhäuser (Abbild. 6), so dass eigentlich nur die „Ueberwachungshäuser“ und die „Unruhigenhäuser“ (Abbild. 5) als wirklich „geschlossene“ Häuser übrig bleiben.

Die Lazarette und Aufnahmestationen sind einstöckig, die übrigen Krankenhäuser zweistöckig angelegt; in den letzteren sind die oberen Etagen als Schlafräume, die unteren als Tagesräume eingerichtet. An alle Krankenhäuser sind offene, mit Glasdächern versehene Veranden angebaut, welche mit den Krankenzimmern verbunden sind und es ermöglichen, dass auch die im Bett befindlichen Kranken bei günstiger Witterung mit ihren Betten mit Hülfe der sog. Bettfahrer dorthin verbracht werden können. Unter thunlichster Vermeidung von Corridoren sind die einzelnen Tages-, Wach- und Schlafräume möglichst direkt aneinander gereiht, um einen Mittelraum gruppirt und mit Thüren verbunden. Dadurch ist nicht nur die Uebersichtlichkeit erhöht und dem Wartepersonal die Aufsicht erleichtert, sondern auch nicht unwesentlich an Raum und Kosten gespart.

Infolge der veränderten Behandlungsweise ist die Zahl der Isolierzellen eine verschwindend kleine. Sie hat sich gleichwohl nach mehrjährigem Bestehen der Anstalt noch als zu gross erwiesen, da von den Zellen bisher kein Gebrauch gemacht worden ist.

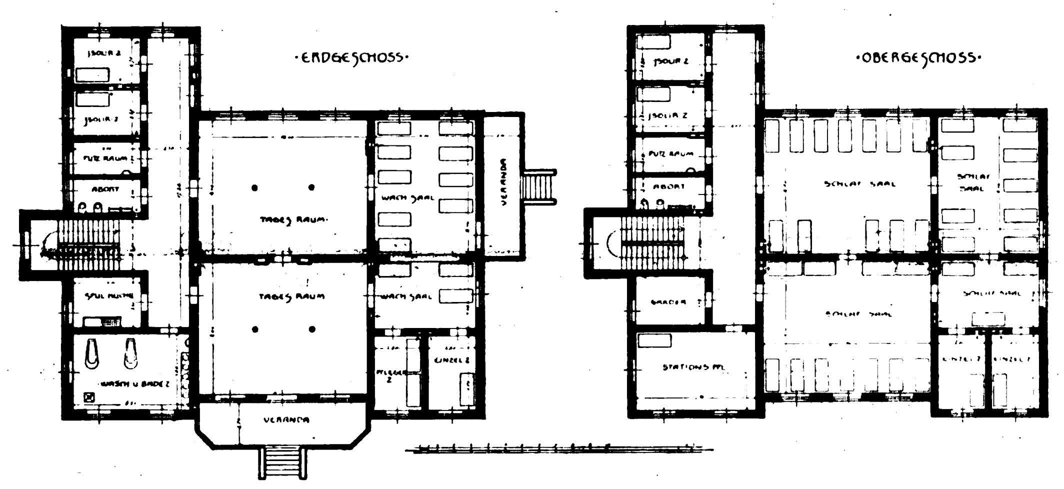
Die Einzelzimmer sind so angeordnet, dass sie von den Wachsälen mit übersehen werden können.

Bei der Einrichtung der Räume ist auf einen hellen Anstrich der Wände und des Mobiliars gehalten, auch durch Vorhänge, einfache Wandbilder und Blumenschmuck eine freundliche Wirkung auf die Gemüthsstimmung der Kranken erstrebt worden.

Auf ausgiebige Herstellung von Nebenräumen (Garderoben, Kleiderzimmer, Abstellräume, Aborte, Wasch- und Badezimmer usw.) ist Werth gelegt, an denen es vielfach in den älteren Anstalten zu fehlen pflegt. Hier sind Wände und Fussböden durchweg mit Mettlacher Platten, welche den Räumen ein sauberes Ansehen geben, belegt. In den Krankenräumen ist der Fussboden überall, auch in den Obergeschossen, mit Linoleum versehen, nur die Einzelzimmer haben Eichenriemenböden auf Asphaltunterlage.

Bei allen Gebäuden ist möglichste Feuersicherheit zu erreichen gesucht. (Ueberall sog. Klein'sche Decken aus Schwemmsteinen zwischen eisernen Balken.)

In dem Aeusseren der einzelnen, in rothem Ziegelrohbau, hier und da mit weissen Putzflächen ausgeführten Gebäude ist thunlichste Abwechselung in der



Zu Abb. 5. Grundriss zum Unruhigenhaus.



Architektur beobachtet, so dass das Ganze den Eindruck einer ansprechenden Landhaus-Kolonie macht.

Die Anstaltskirche enthält 300 Sitzplätze, dient dem Gottesdienst für beide christliche Konfessionen und ist dementsprechend mit zwei Sakristeien, ferner mit Altar, Kanzel, Orgel und Glockengeläute ausgestattet.

Für die Zwecke der Landwirthschaft ist das miterworbene alte Gutsgehöft ausgebaut und durch eine Stallanlage für 40 Kühe und 100 Schweine erweitert.

Die Anstalt besitzt eine selbständige centrale Wasserversorgung.

Die Abwässerung erfolgt durch unterirdische Leitungen mit natürlichem Gefälle nach den ca. 6 ha grossen Rieselfeldern (auf der linken Seite des Lageplans. Closets mit Wasserspülung).

Mit Ausnahme der Dienstwohnungen, welche Ofenheizung haben, sind sämtliche Gebäude mit Niederdruckdampfheizung versehen.

Die Ventilation ist eine theils künstliche, theils natürliche.

Die Beleuchtung ist ausschliesslich elektrisch.

Koch- und Waschküche sind in einem Gebäude vereinigt und erhalten ihren Dampfbedarf aus dem gegenüberliegenden Maschinen- und Kesselhaus.

Das Maschinen- und Kesselhaus hat ausser den bereits erwähnten Dampfkessel- und Maschinenanlagen in einem Kellerraum die Akkumulatoren-Batterie; im Erdgeschoss die Schlosserei, die Schreinerei, sowie eine Badeanlage für das Personal, im Obergeschoss Werkstätten. In einem niedrigen Anbau befindet sich der Desinfector für strömenden Dampf.

Die Bäckerei, in der Nähe des Wirthschafts- und des Maschinengebäudes errichtet, hat einen Heisswasserbackofen für kontinuierlichen Betrieb und ist mit den üblichen Maschinen zum Kneten und Theilen des Teiges pp. ausgestattet.

Die Gesammtkosten der Anstalt beliefen sich auf rund 3 790 000 Mk. inkl. Anstaltskirche, Grunderwerb und lebendem und totem Inventar.

Es entfällt also auf das Bett ein Einheitssatz von 4737,50 Mk.

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

(Fortsetzung.)

Ueber die Verantwortlichkeit des ärztlichen Leiters sprechen besonders Belgien,[194] die deutsche Gewerbeordnung,[195] Oesterreich, Preussen, Württemberg. Ueber seine Obliegenheiten: Ausser den genannten noch Schweden.[196]

β) Weitere specielle Anforderungen.

(Mit Ausnahme der auf die Controlle bezüglichen.)

In manchen Staaten müssen bauliche Veränderungen genehmigt werden, so in Belgien, Norwegen (vom König).

In Belgien wird genügend Raum in einer Anstalt gefordert, für Gärten und um einen landwirthschaftlichen oder Gartenbaubetrieb zu organisiren.

In Norwegen: Beschäftigung und Bewegung der Kranken in freier Luft. Schweden: Beschäftigung. In Frankreich wird speciell gesagt, dass männliche Geisteskranke nur von Männern, weibliche nur von Frauen verpflegt werden dürfen, in Bayern, dass zur Pflege weiblicher Geisteskranker männliche Personen auch nicht aushülfsweise verwendet werden dürfen.

[194]) ord. art. 19—24.

[195]) RGO. § 151. Allerdings nur allgemein, wenn er Stellvertreter ist.

[196]) § 52.

γ) Cautionen.

Das französische und belgische Gesetz verlangen vom Privatanstalts-Eigentümer die Stellung einer Caution, um die gute Führung der Anstalt in wirksamer Weise zu garantiren.[197]

Doch ist der Zweck der Caution nicht derselbe. In Frankreich kann sie nur dazu dienen, um in Fällen, wo der Präfekt den Direktor suspendirt (weil gegen ihn eine Untersuchung betr. Entzug der Concession läuft), dem provisorischen Verwalter (s. o.) die Fortführung der Geschäfte zu gestatten. Sie kann nur in barem Gelde geleistet werden.

In Belgien dient sie dazu, um als nothwendig erklärte Verbesserungen, die durch Fahrlässigkeit oder Verzug des Unternehmers nicht gemacht worden sind, von Staatswegen auszuführen und um die Kosten, die aus der Schliessung einer Anstalt erwachsen, zu decken. Sie kann in barem Gelde oder in Immobilien geleistet werden.

[197]) France ordonn. art. 24—26. Belgique loi art. 3; ord. art. 6.

f) Rückzug der Concession und Schliessung der Anstalt.

Der Rückzug der Concession erfolgt in der Regel dann, wenn den Bedingungen der Concession nicht mehr nachgekommen wird, aber auch wegen Verletzung der besondern Betriebsvorschriften, endlich als Verwaltungsrechtsfolge von Delikten des Unternehmers, seines Stellvertreters oder der Angestellten.

α) Die Gründe des Rückzugs.

Sie sind gewöhnlich ungefähr so zahlreich, wie die oben genannten Bedingungen. Dagegen fehlt eine Bestimmung über den Rückzug der Concession, wie es scheint, in Spanien und Neuchâtel.

Damit ist natürlich nicht gesagt, dass dort gesetzwidrige Zustände geduldet werden müssen.

Wenn „on ne peut diriger . . . sans autorisation", so kann eben diese autorisation jederzeit zurückgezogen werden. Das ist im Interesse einer guten Rechtsordnung bedauerlich, da dieselbe für jedes Rechtsverhältniss und namentlich für ein so complicirtes, formelle Garantieen bieten sollte.

Aber es ist nichtsdestoweniger Recht.

In Frankreich und Belgien kann der Entzug der Concession erfolgen, wenn den Bedingungen des Gesetzes und des Reglements bezw. der Ordonnance nicht nachgelebt wird. Belgien citirt sie in allgemeiner Weise, Frankreich zählt einige der Bedingungen besonders auf.

Davon betreffen die ersten 8 (des Art. 31) die ordonnance, die persönlichen und sachlichen Erfordernisse, das innere Reglement, Nr. 9 die Aufnahmebedingungen (Art. 8 des Gesetzes). Nach Nr. 10 zieht die Begehung eines (in Uebertretung dieses Gesetzes liegenden) Deliktes den Rückzug nach sich. In Belgien ebenso.[198]) Besonders erwähnt ist schwere Fahrlässigkeit in der Erfüllung der Pflichten betr. den Verwaltungs- und ärztlichen Dienst.

In Holland setzt bei Bestehen gesetzwidriger Zustände der Minister eine Frist, binnen welcher Hebung der Mängel erfolgen soll; nach Ablauf derselben kann Entzug der Concession beschlossen werden.

Wenn in Schweden einzelne der für Anstalten festgesetzten Bedingungen „soweit beiseite gesetzt werden, dass die für die Anstalt ertheilte Genehmigung widerrufen werden zu müssen scheint", so hat die Medicinalverwaltung an den König schleunigen Bericht zu erstatten.[199])

In der Waadt sind es vier Gründe, welche die Schliessung einer Anstalt (= Entzug der Autorisation) herbeiführen.

[198]) Ordonn. section II, Art. 10 et 11.
[199]) stadga § 56.

1. Vernachlässigung des ärztlichen Dienstes.
2. Ungenügende oder unwirksame Aufsicht.
3. Feststellung durch die Aufsichtsbehörde, dass die Kranken misshandelt werden (mauvais traitements infligés) oder
4. dass unstittliche Acte vorgekommen sind (loi art. 5).

In Bern [200]) kann in (relativ) sehr richtiger Weise die Concession dann zurückgezogen werden, 1. wenn eines ihrer Erfordernisse (Arztqualität, guter Leumund, Handlungsfähigkeit) dem Inhaber verloren geht, 2. wenn durch seine Anstaltsführung das körperliche oder geistige Wohl der Pfleglinge gefährdet wird, während Thurgau [201]) nur die letztere Bedingung stellt. (Ausserdem bei Delicten gegen die Verordnung.)

In Zürich [202]) endlich kann überhaupt die Entziehung nur in schweren Fällen von Uebertretung der Verordnung erfolgen, also nicht z. B. wenn der Inhaber des guten Leumunds auf anderm Wege verlustig geht. (Denn das kann unmöglich eine Uebertretung der Verordnung sein.) Materiell (und auch fast formell) dieselbe Bestimmung wie Thurgau hat Oesterreich.[202])

Im Deutschen Reich [203]) können Approbationen „nur zurückgenommen werden, wenn die Unrichtigkeit der Nachweise dargetan wird, auf Grund deren solche ertheilt worden sind", (oder bei Aberkennung der bürgerlichen Ehrenrechte), ausserdem „wenn aus Handlungen oder Unterlassungen des Inhabers der Mangel derjenigen Eigenschaften, welche bei der Ertheilung der Genehmigung nach der Vorschrift dieses Gesetzes vorausgesetzt werden mussten, klar erhellt".

In England hat der Lordkanzler das Recht, auf Antrag der Commissioners oder der Mehrheit der Friedensrichter-Versammlung einer Grafschaft Concessionen zu annulliren oder ihre Erneuerung zu versagen. Endlich drückt sich Genf ebenso kurz als klar dahin aus, „le conseil d'État pourra toujours ordonner la fermeture d'un tel établissement" (Art. 5, Abs. 2). Es ist das nichts anderes, als das richtige Gegenstück zur Genferischen Concessionsertheilung (s. o.).

(Fortsetzung folgt)

[200]) V. 1865. § 15.
[201]) V. 1895, § 10; der § ist überhaupt schlecht gefasst.
[202]) V. 1899. § 27. — NV. 1874. § 19, Abs. 2.
[203]) GO. § 53. „Als Unterlassung ist besonders aufzufassen, wenn der Unternehmer keinen qualificirten Stellvertreter aufstellt (Entscheid. d. Preuss. Oberverwalt.-Ger. v. 27. Oct. 1882. Reger IV. s. 24) oder den untauglichen nicht entfernt (Bayer. Verw.-Ges. Hof 29. Apr. 1896. Sammlung XVII, 228, 20. März 1883, Sammlung IV, S. 372.) v. Landmann, zu § 53. Siehe auch denselben über die Zuständigkeit zum Rückzug der Conc. I. S. 435.



Mittheilungen.

— **XII. Sitzung des Nordostdeutschen psychiatrischen Vereins zu Danzig** am 3. Juli 1905. (Schluss.)

3. Holz-Kortau: Verhütung von Uebertragung infektiöser Erkrankungen in Anstalten für Geisteskranke.

Die Anstalten für Geisteskranke sind Krankenhäuser. Für den Bau gelten dieselben Bestimmungen wie für die Anlage eines Krankenhauses.

Die zur Zeit bestehende Ueberfüllung der meisten Irrenanstalten ist geeignet, Uebertragung von ansteckenden Krankheiten zu begünstigen. Behufs Abwendung der hierin bestehenden Gefahr ist für jeden Kranken ein bestimmter Luftcubus vorzusehen. Nach § 8 des Ministerialerlasses vom 19. August 1895 sind in Schlafsälen pro Kopf 20 cbm nothwendig, vorausgesetzt, dass Tagräume vorhanden sind. In Anstalten, welche keine Tagräume besitzen, sind für jeden Kranken 35 cbm Luftraum zu rechnen. Die innere Einrichtung muss ebenso beschaffen sein wie in gut eingerichteten Krankenhäusern. Das für jede Irrenanstalt obligatorische Leichenhaus soll ausserhalb des Krankengebäudecomplexes liegen. Da für einige ansteckende Krankheiten — hauptsächlich kommen Cholera, Typhus und Ruhr in Betracht — eine Uebertragung durch das Wasser in vielen Fällen nachzuweisen ist, so muss man den Anlagen der Wasserversorgung besondere Aufmerksamkeit schenken. Ferner ist es nothwendig, dass die Abfallstoffe, die Küchen- und Badewässer ohne Schaden beseitigt werden. Am geeignetsten für Irrenanstalten ist die Schwemmcanalisation.

Eine grosse Gefahr, besonders beim Herrschen einer Typhus-, Ruhr- oder Choleraepidemie, bilden in den Irrenanstalten für ihre Umgebung die unreinen Patienten. Behufs Bekämpfung der Unreinlichkeit muss man diese insocialen Elemente auf bestimmte Stationen isoliren. Ausserdem hat das Wartepersonal die Kranken reinlich zu halten. Für jede Anstalt sind feststehende Isolirbaracken obligatorisch zu machen, welche 30—40 m von den übrigen Gebäuden entfernt liegen sollen; in den Infectionsbaracken müssen Plätze für 3—6% der Maximalbelegungsziffer vorhanden sein.

Da bei den Geisteskranken die körperliche Untersuchung auf grosse Schwierigkeiten stösst, ist die Erkennung der Infectionskrankheiten schwer. Die bacteriologische Untersuchung leistet hierbei grosse Dienste; sie sollte, wo es irgend angeht, auch nur bei dem Verdachte einer ansteckenden Krankheit, niemals auszuführen versäumt werden. Bei der Bekämpfung von ansteckenden Krankheiten spielt die Desinfection eine grosse Rolle. Es ist deshalb darauf zu sehen, dass jede Irrenanstalt im Besitz eines stationären Dampfdesinfectionsapparates ist.

Das Wartepersonal ist in der Aetiologie und Prophylaxe der ansteckenden Krankheiten zu unterweisen. In Epidemiezeiten giebt man ihnen zweckmässig gedruckte Vorschriften in die Hand.

Von Infectionskrankheiten ist in Irrenanstalten am häufigsten die Tuberkulose anzutreffen.

Behufs Verhütung der Uebertragung sind peinlichste Sauberkeit, öftere Desinfection aller Gebrauchsgegenstände, sowie der Krankenräume erforderlich. Die tuberkulösen Kranken sind in einem besonderen Pavillon abzusondern. (Autoreferat.)

4. Göhlmann-Conradstein: Vorläufige Mittheilungen über Ergebnisse mit der Heilbronner'schen Bildchenmethode.

Der Vortragende hat die vor kurzem von Heilbronner veröffentlichte Bildchenbenennungsmethode (Monatsschrift für Psych., Bd. 18, H. 2) an dem Material der Männerabtheilung der Conradsteiner Irrenanstalt geprüft und zwar hat er, um die Brauchbarkeit der Methode zu eruiren, sich zunächst nur auf ziemlich ruhige und zugängliche Kranke, die bereits längere Zeit in der Irrenanstalt beobachtet und deren Diagnose so gut wie sicher gestellt war, ausgewählt. Vor allem herrschte bei der einzuschlagenden Prüfung das Bestreben vor, zu erfahren, ob sich charakteristische Resultate für einzelne Krankheitsgruppen oder graduelle Unterschiede ergeben.

Geprüft wurden im Ganzen 70 Männer. Nachfolgendes Referat bezieht sich im Wesentlichen auf Vertreter nur dreier Krankheitsgruppen: Epilepsie, Paralyse und Dementia praecox und umfasst im Ganzen 50 Fälle.

I. Epilepsie: Es kamen 18 Fälle zur Untersuchung, 16 hiervon waren genuine Epileptiker, bei 3 Kranken bestand Epilepsie auf der Basis cerebraler Kinderlähmung; psychisch waren die meisten bereits mehr oder weniger verblödet. Mit Ausnahme von 2 Kranken stammen sämmtliche aus ländlichen Kreisen und sind Arbeiter bez. Handwerker. Die meisten Kranken werden ziemlich häufig von Krampfanfällen heimgesucht, die grösste Mehrzahl derselben ist bereits mehr oder weniger dement. Nur bei 3 Kranken treten selten Anfälle auf, ihre Intelligenz, sowie die der 3 Kranken mit Kinderlähmung, ist leidlich gut erhalten. Die Prüfung wurde nur in der Zeit der luciden Intervalle vorgenommen.

Was zunächst das Gesammtresultat anlangt, so wurden im Ganzen von ($42 \times 18 =$) 756 Antworten abgegeben als richtig nur 359 (ca. 47,5%), als falsch 351 (ca. 46,5%), als zweifelhaft 46 (ca. 6%).

Im besten Falle wurden von den 42 Bildchen 38 richtig benannt, im schlechtesten kein einziges. Nur 9 Kranke (50%) gaben im Ganzen über die Hälfte (21) richtige Antworten ab, die übrigen 9 blieben mit ihren richtigen Antworten unterhalb der Hälfte der Gesammtzahl zurück.

Ueber die Benennungen und Reactionen der Epileptiker lässt sich zunächst im Allgemeinen sagen, dass sich unter denselben ausserordentlich schwerfällige, weitschweifige und ungeschickte Bezeichnungen, sowie Redewendungen finden. Wegen des schlechten Deutsches wollen wir mit ihnen nicht zu sehr ins Gericht gehen, zumal da die Untersuchten meist

Leute vom Land aus einfachen Verhältnissen und mit dürftigen Schulkenntnissen ausgestattet waren. Besonders auffallend war das häufige Vorkommen von Umschreibungen, die sich auf den Zweck und Gebrauch bezogen, umsomehr als die vorgelegten Zeichnungen doch alles landläufige Dinge betrafen, deren Bezeichnungen doch selbst einfachen Leuten geläufig sein mussten. Das Suchen nach dem gebräuchlichen Ausdruck erinnerte hierbei in mancher Beziehung an das Gebahren und Verhalten bei Kranken mit gewissen aphasischen Störungen, bloss dass bei letzteren die Ausfallserscheinungen allgemeiner und verbreiteter, bei unseren Kranken mehr insulärer Natur zu sein schienen. Ob hierbei rein psychische Effecte, etwa eine gewisse Verlegenheit im Spiele sind, oder ob nicht etwa diesen Erscheinungen gewisse anatomische Processe zu Grunde liegen (evtl. herdförmige Gliawucherungen im Schläfenlappen), soll dahingestellt bleiben.

Nur vereinzelt findet man höchstens 2 Bezeichnungen, die gewissermaassen zur Auswahl gestellt werden, dann aber lassen beide eine gewisse Aehnlichkeit oder inneren Zusammenhang erkennen. Etwas andersartiges werden wir später bei einer anderen Krankheitsgruppe sehen.

Nur bei ganz verblödeten Kranken traf man hier auf sog. Partialbezeichnungen. Die meiste Gelegenheit bot hierbei die Schiebkarre: Hier wurde das „Rad" nicht nur allein unter Ausserachtlassung des Ganzen genannt, sondern gab auch Anlass zu mehrfachen Umdeutungen, wie Uhr, ausgeschnittener Apfel etc. Noch tiefer, als die oben erwähnten schwerfälligen Umschreibungen stehen die häufiger beobachteten Benennungen, bei denen die Kranken sich darauf beschränken, gewisse einzelne Theile herzuzählen und aneinander zu reihen, ohne die Fähigkeit zu besitzen, sie weiter verknüpfen zu können. Hier gehört z. B. bei Schiebkarre: langer Stock mit Rundstern oder die Auslassungen eines Kranken (pens. Lehrer), der alle Bildchen in Dreiecke und Vierecke zerlegte. Etwas derartiges ist nur in dieser Gruppe bei hochgradig Verblödeten beobachtet worden.

Das sog. Kleben oder Haftenbleiben von Vorstellungen kam nur in relativ wenig Fällen und auch bei bereits verblödeten Kranken unter den letzten Bildergruppen zum Vorschein, sodass es wohl auf eine gewisse Ermüdung zurückzuführen ist.

Was schliesslich die Reactionszeiten anlangt, so sind dieselben bei Epileptikern durchschnittlich ziemlich lang: Die Untersuchung dauerte durchschnittlich länger, als bei den nachfolgenden beiden anderen Krankheitsgruppen.

Was noch besonders im Verlaufe der Prüfung an Epileptikern auffiel, war der Umstand, dass bei der Serie Kirche, Bildchen 1, nur von 9, also in der Hälfte der Fälle richtig benannt wurde und schliesslich bei VIII von 4 bis 5 Kranken unerkannt blieb. Es scheint dies um so auffallender, als doch gerade Epileptiker, deren Sinn bekanntlich gerade auf religiöse Dinge gerichtet ist, an der Kirche hängen.

II. Paralysen. Untersucht wurden im Ganzen 17 Fälle, deren Krankheitsdauer von kaum einem Jahr bis zu 7 Jahren schwankte. Ihrer socialen Stellung nach gehörten die meisten den mittleren und besseren Ständen an, über 1/3 waren Kaufleute, aus dem Arbeiterstande recrutirten sich 4 Kranke. Was das Gesammtresultat anlangt, so wurden von ($17 \times 42 =$) 714 Antworten abgegeben als richtig: 412 (ca. 57%), an falschen: 267 (37%); es ist dies Resultat erheblich besser, als das bei den Epileptikern. Während sich auch hier als das schlechteste Resultat keine einzige richtige Antwort ergab, beträgt die Zahl derer, die mit ihren richtigen Antworten unter der Hälfte (21) geblieben sind, nur 6, also ca. 30% der Gesammtzahl, während sie bei den Epileptikern 50% betrug. Die besten Resultate wurden bei paralytischen Pensionären (Akademiker, Beamte) erzielt; hier finden sich Resultate, wie sie stichprobenweise nicht viel besser bei gesunden und genesenen Geisteskranken sich ergaben. Mit sehr wenig Fehlern bezw. unbestimmten Antworten figuriren auffallender Weise hier sogar Paralytiker, die bereits 2 bis 3 Jahre in der Anstalt sind. Die schlechtesten Resultate stammen von 3 früheren Kaufleuten.

Wenn wir uns nun die Fehlbezeichnungen auf ihren Inhalt und auf ihre Qualität hin ansehen, so fällt auf, dass in dieser Gruppe primitive Beschreibungen und Productionen von Partialbenennungen erheblich seltener sich vorfinden, als bei den Epileptikern. Wo sie sich hier zeigten, betrafen sie meist bereits hochgradig Verblödete und fanden sich gewöhnlich bei den ersten Bildchen der Serie; in den folgenden Bildern erfolgten häufig Ergänzungen und Erweiterungen zu einem Gesammtbegriff.

Constante Umschreibungen, meist in der Form von „Dingerchen von . . ." oder „Sachen für . . .", treffen wir bei einem früheren Kaufmann, der sonderbarer Weise, aber in natura vorgezeigte Gegenstände gewöhnlich richtig und ziemlich prompt zu benennen wusste.

Eine Erscheinung, die unter der hier untersuchten Gruppe von Kranken fast vollkommen fehlte, war das sog. Kleben oder Haftenbleiben von Vorstellungen. Man fand nur in der letzten Serie „Fisch" Andeutungen hiervon (Ermüdungserscheinung?).

Zur Auswahl stellte nur ein einziger Kranker bei der Gruppe Fisch 3 Benennungen.

Ebenfalls nur 1 Kranker wählte für Baum und Kirche besondere Specialbezeichnungen (Kirche zu Danzig, Oliva, Berlin).

Die Reactionszeiten waren im Allgemeinen bei den Paralytikern kürzer, die Antworten erfolgten, wenn auch falsch, prompter und weniger zögernd, als bei den Epileptikern. Was das entgegengebrachte Interesse anbetrifft, so überwog dasselbe sichtlich mehr bei den Epileptikern. Es war oft ein gewaltiger Unterschied zwischen den gleichgültigen und oberflächlichen Betrachtungen bei den Bildchen durch die Paralytiker und dem offenkundigen, sich Mühe gebenden Epileptiker vorhanden.

III. Dementia praecox. Die Untersuchung dieser Krankheitsgruppe erstreckte sich im Ganzen

auf 15 Patienten, die meisten befinden sich am Ende des 2. und Anfang des 3. Decennium. Die Krankheitsdauer betrug wenige Monate bis etwa 5 Jahre. Ihrem Stande nach gehörten sie zu Kaufleuten, Lehrern und Arbeitern, 3 Kranke waren Studenten, 2 noch Schüler gewesen, als sie erkrankten. 2 Kranke waren z. Z. der Untersuchung ausgesprochen kataton, für gewöhnlich mutacistisch und salivirten stark. Fünf andere Kranke waren gemüthlich stumpf und apathisch.

Was hier das Gesammtresultat betrifft, so wurden von (42 × 15 =) 630 Antworten abgegeben als richtig: 455 (ca. 72,2 %), als falsch: 147 (ca. 23,4 %), als zweifelhaft: 28 (4,4 %). Als bestes Resultat wurden hier 41 richtige Antworten abgegeben, als schlechtestes 22 richtige Antworten; es ist also keiner aus dieser Gruppe unter der Hälfte richtiger Antworten geblieben, wie überhaupt die Resultate hier die weitaus besten gegenüber den andern Gruppen waren.

Was hier im Gegensatz zu den beiden anderen Gruppen besonders ausgeprägt gefunden wurde, das waren die fast bei jeder Serie producirten Auswahlsbezeichnungen, und zwar stets von mehreren Kranken zugleich. Es ist dies um so auffälliger, als diese Erscheinung auch bei Kranken auftrat, die keinen Rededrang aufwiesen, die sich sogar auf gewöhnliches Befragen ziemlich einsilbig und wortkarg und auch sonst ruhig und still verhielten. Heilbronner beschreibt etwas Derartiges bei Manischen. Allerdings weichen die Auslassungen und Productionen der Manischen, wie die Untersuchung zweier Fälle mit Rededrang und den sonstigen Charakteren der Manie ergab, inhaltlich erheblich von denen der Hebephrenen ab. Besonders ist es die grössere Mannigfaltigkeit und quasi Phantasiereichthum, der sich bei den Manischen documentirt, während die Production der Hebephrenen ziemlich eintönig sind, sich gewöhnlich wiederholen und nicht selten nur eine Umstellung bereits geäusserter Bezeichnungen zeigen. So kommt es, dass rein Manische fast bei jedem Bildchen und bei jeder Serie etwas Neues, aber doch in einem gewissen Zusammenhang Stehendes produciren und an allerhand Einzelheiten anzuknüpfen wissen, eine Eigenthümlichkeit, welche man höchst vereinzelt einmal bei Hebephrenen, vor allen Dingen aber nicht so ausgesprochen und durchgängig, wie bei Manischen findet. Einige Mal kam es bei unseren Kranken bei dieser Gelegenheit gleichzeitig auch zur Production von sog. „Wortsalat", z. B. bei Kanone I folgendes: „Verschlusskopf, Schieber, System, es sieht so aus, als wenn die weibliche Geburt sich entwickelt, virgo die Dame oder Jungfrau".

Ebenso wie Umschreibungen hier sehr selten geliefert wurden, kamen auch die Erscheinungen des Klebens von Vorstellungen aus vorhergegangenen Serien nur einzeln zur Beobachtung. Dagegen fanden sich ziemlich oft Partialbezeichnungen, einmal sogar in der primitivsten Form von Beschreibungen schräger und senkrechter Striche, im Uebrigen einige Ma[illegible] allein, meist aber gleichzeitig mit dem Gesamm[illegible] vor. Es stellte diese Combination einen la[illegible] wordenen Denkact dar, sodass man auf diese [illegible] verfolgen konnte, wie der betr. Kranke zu[illegible] Schlussurtheil gekommen war, z. B. Fliesen, T[illegible] (i. e. schraffirter Boden in der Zeichnung), Stadt[illegible]

Während man beim Vergleichen der Quer[illegible] von richtigen Antworten in jeder Serie bei d[illegible] angegangenen Krankheitsgruppen fast ausna[illegible] vom Anfangs- bis zum Schlussbildchen ein[illegible] Anwachsen der richtigen Benennungen und ei[illegible] minderung der Fehlbezeichnungen findet, tri[illegible] bei dieser Gruppe öfter nach der Mitte der S[illegible] ein Abfallen von richtigen und ein Ansteig[illegible] falschen Benennungen.

Auf den Umstand, der ein gewisses Er[illegible] erweckt, dass nämlich gleich beim Anfangsbild[illegible] der Serie „Windmühle" von vornherein 4 b[illegible] richtige Benennungen erfolgten, sei besonders [illegible] wiesen, zumal ein derartiges Resultat bei kein[illegible] beiden anderen Krankheitsgruppen erzielt wur[illegible] beweist diese Thatsache, über welch ungestört[illegible] fassungskraft und Combinationsfähigkeit Krank[illegible] Gruppe selbst noch in vorgeschritteneren Stadi[illegible] Krankheit verfügen.

Die Reactionszeiten in dieser Gruppe waren [illegible] schnittlich am kürzesten; die Prüfung an [illegible] Kranken dauerte daher nicht nur am kürzeste[illegible] dern war auch auf Grund der oben ang[illegible] Einzelheiten zugleich am interessantesten.

(Autoref[illegible]

(Der Vortrag wird später in extenso veröff[illegible] werden.)

— Die 88. Sitzung des Vereins Ostde[illegible] Irrenärzte findet Sonnabend, den 2. Decemb[illegible] mittags 12 Uhr pünktlich in dem Hörsa[illegible] Städtischen Irrenanstalt zu Breslau, Einbau[illegible] statt.

Tagesordnung:

1. Privatdocent Dr. Otfrid Förster-[illegible] a) Krankendemonstration. b) Zur Casuist[illegible] Deutung des acinetischen Symptomencomple[illegible] Oberarzt Dr. Chotzen-Breslau: Mischzuständ[illegible] Alkoholismus und Epilepsie. 3. Oberarzt D[illegible] Kunowski-Leubus: Ueber die Erfolge der mo[illegible] Beruhigungsmethoden. 4. Dr. Kutner- u[illegible] Nicolauer-Breslau: Diagnostische Schwierigkeit[illegible] localisirten Gehirnerkrankungen. 5. Dr. K[illegible] Breslau: Haematomyelie nach Schädeltrauma.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



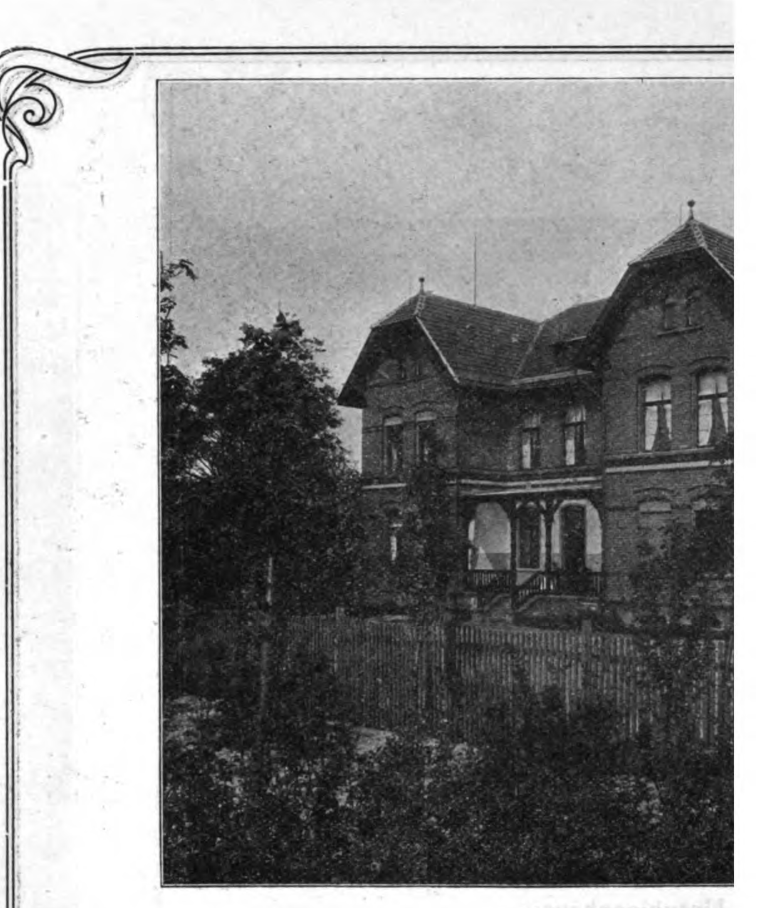


Abb. 6. Halboffen

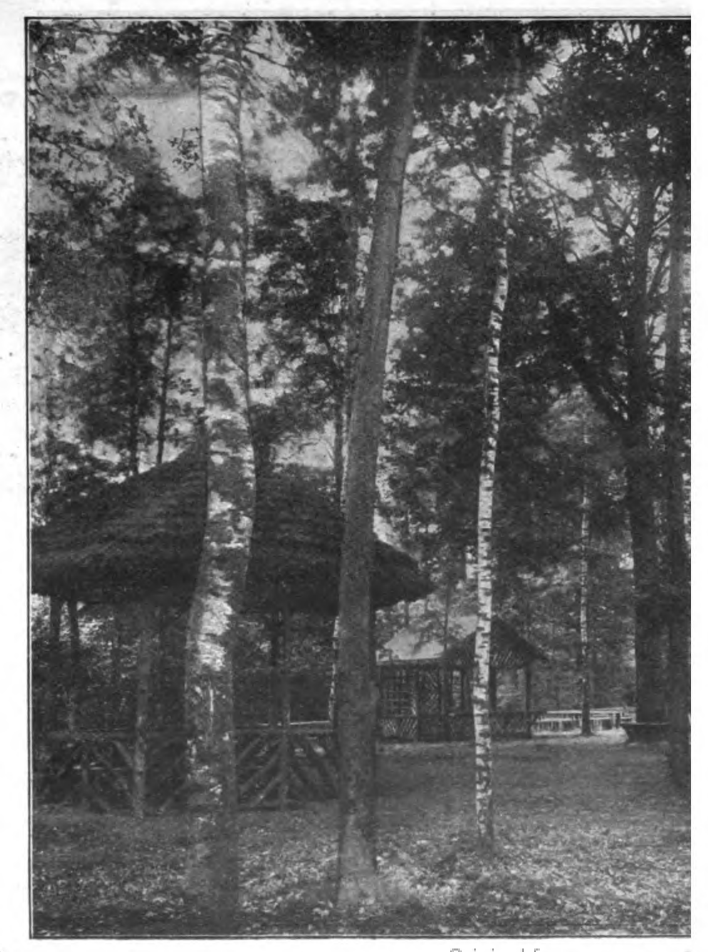


Abb. 7. Festplatz i



Abb. 2. Aufnahmehaus.

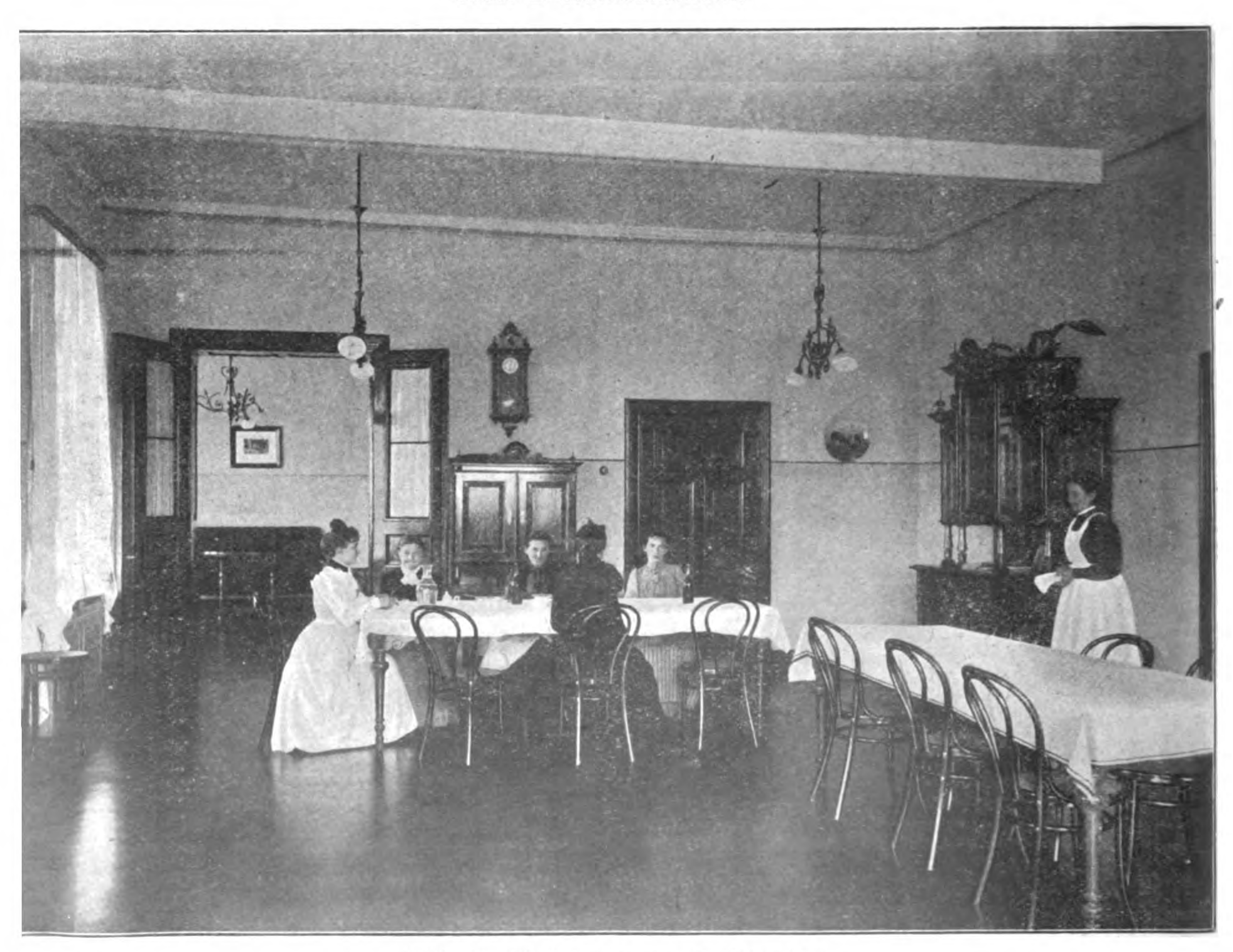


Abb. 3. Wohnzimmer der Kranken.

ift.

Beiblatt zu Nr. 41 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift.

6. Januar 1906.

Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

1905.

;en.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranker.
Nr. 36.

Am 7. Juni 1905 wurde in Zaborze, Kreis Zabrze, der nebenstehend abgebildete, taubstumme Idiot aufgegriffen. Name und Herkunft desselben konnten bisher nicht ermittelt werden. Seit dem 21. August 1905 befindet er sich in der Prov.-Heil- und Pflege-Anstalt zu Lublinitz.



Personalbeschreibung:

Alter ungefähr 25 Jahre. Grösse 1,57 m. Haar dunkelblond. Schädel gross, rundlich. Augenbrauen schwarz, Augen blau. Nase breit, plump. Nasenwurzel eingesunken. Mund etwas nach links verzogen. Unterlippe wulstig. Kleiner Schnurrbart. Zähne in gutem Zustande. An der linken Wange Narbe von einer Zahnfistel. Gesicht voll, rund. Gesichtsfarbe gelblich-grau. Brust eingesunken. Rücken krumm. Haltung nach vorn geneigt. Gang watschelnd. X-Beine. Plattfüsse.

Bekleidung.

1 leinenes Hemd, 1 blaue Drillichhose, 1 Weste, 1 Rock, 1 Strohhut.

Angaben, welche zur Ermittelung der Herkunft des oben beschriebenen Idioten dienen können, wolle man unter IIa 17346, IV 65 Lublinitz, an den Herrn **Landeshauptmann von Schlesien zu Breslau** gelangen lassen.

iese Leute
— nicht
auf den
gewohn-
n, auf ihn
die wahn-
es Rechtes
s gleichen
ne beson-
mit der
aus ergiebt
s Besitzes.

che, nenne
lgend —
äufig ging,
lingsplatz,
s, des Be-
l je stärker
äufiger er
er ver-
as Reiz-

iegend für
Der Eine
anz, von
pfänglich"
lie künst-
Weltbau-
Noch ein
verwandt-
chen Vor-
nicht den

Erleiden, in
ion,
chemischen
mente liegt.

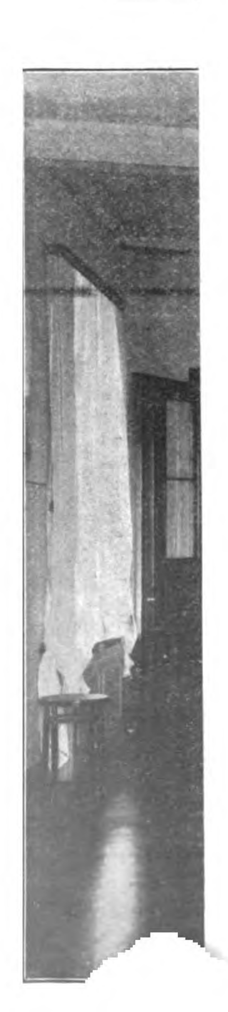


Abb. 3. Wohnzimmer der Kranken.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 36. 2. Dezember. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Einige Wurzeln der Wahnbildung im Alltagsleben.

Von Oberarzt Dr. *Georg Lomer* in Neustadt-Holstein.

In einer früheren Arbeit[1]) versuchte ich darzuthun, dass der specifisch-paranoische Vorgang in einem Uebermächtig-werden bestimmter Vorstellungskomplexe besteht, vermöge dessen die letzteren schliesslich die Gesamtheit der anderen Vorstellungskomplexe in ihren Bann ziehen und so die ganze geistige Persönlichkeit, einschliesslich aller Logik und Intelligenz, zu ihrem Dienste zwingen.[2])

Auch für das Zustandekommen der Liebesempfindung glaubte ich das Uebermächtigwerden gewisser wohlcharakterisirter Vorstellungsgruppen verantwortlich machen zu sollen und endete mit ihrer Auffassung als einer Art von „physiologischer Paranoia." Das klingt absurd, giebt aber den auffallenden Einzelheiten des Vorganges die beste Deutung. —

Nun giebt es — den Paranoiaprozess ganz im Kraepelin'schen Sinne gefasst — ausser der „originären Liebe" im alltäglichen Leben noch eine ganze Reihe von Vorgängen, welche — theils ihrer sozialen Bedeutungslosigkeit halber, theils wegen ihrer ausgesprochenen kulturellen Nützlichkeit, — für gewöhnlich keineswegs dem Paranoiabegriff untergeordnet werden, im Grunde aber auch nichts anderes sind als eben: spezifisch paranoische oder paranoide Vorgänge.

Zum Beispiel das Folgende: In jedem Gasthaus mit Stammgästen lässt sich beobachten, mit welcher Peinlichkeit die letzteren darauf halten, regelmässig ihren traditionellen Platz zu bekommen. Auch ohne ihn belegt zu haben, nehmen sie es tötlich übel, wenn sie diesen Platz etwa durch einen ahnungslosen Fremden besetzt finden, oder wenn dieser es auch nur wagt, sich zu ihnen heranzusetzen. Was diese Leute in Zorn versetzt, ist — bei Licht besehen — nicht der Schatten eines wirklichen Rechtes auf den betreffenden Platz. Einzig und allein die gewohnheitsmässige Wiederkehr der gleichen, auf ihn bezüglichen Associationen hat hingereicht, die wahnhafte Vorstellung, das wahnhafte Gefühl eines Rechtes zu bilden. Die stete Wiederholung des gleichen Komplexes von Aussenreizen hat immer eine besonders innige Verknüpfung der Reizobjekte mit der Seele des Individuums zur Folge, und hieraus ergiebt sich offenbar schliesslich die Vorstellung des Besitzes. Die Beispiele sind zahllos.

Einen Wald, den ich oft und gern besuche, nenne ich am Ende — dem Sprachgebrauch folgend — „meinen Wald". Einen Weg, den ich häufig ging, nenne ich „meinen Weg", und einen Lieblingsplatz, „meinen Platz". Das Gefühl des Erleidens, des Beeinflusstsein liegt alledem zu Grunde,[3]) und je stärker der einwirkende Gewohnheitsreiz ist, je häufiger er wiederkehrt, um so inniger, unlösbarer verschmilzt in unserer Vorstellung das Reizobjekt mit unserem Selbst. —

Nun sind verschiedene Individuen vorwiegend für ganz verschiedene Reizgruppen empfindlich. Der Eine lässt sich beispielsweise von äusserem Glanz, von Macht und Reichthum blenden, er ist „empfänglich" dafür.[4]) Ein anderer sieht vorzugsweise die künstlerische Linienführung in den Werken des Weltbaumeisters, er sieht Farben und Formen. Noch ein anderer hängt seine Seele, — inneren Wahlverwandtschaften folgend, — an einen wissenschaftlichen Vorstellungskomplex, der ihn — wer kennt nicht den

[1]) Ueber Beziehungen zwischen Paranoia und Liebesempfindung. Neurol. Centralbl. 1905. Nr. 20.

[2]) Es ist das gewissermaassen ein cellularer oder molekularer „Wille zur Macht", welcher wohl durch eine erhöhte Reizempfänglichkeit mit sekundär erworbener Erhöhung der physiologischen Valenz, jedenfalls aber chemisch bedingt ist.

[3]) Jeder Sinneseindruck besteht ja in einem Erleiden, in einer durch den Reiz bedingten chemischen Alteration,

[4]) Eine Empfänglichkeit, die sicherlich in der chemischen Konstitution und dem biologischen Bau seiner Hirnelemente liegt.



Typus des in seine Idee verbissenen Gelehrten! — für Einwände und Zweifel unempfindlich macht. Es ist eben im letzten Grunde alles Gefühlssache.

In den Dingen, die auf uns wirken, auf deren Reiz wir also reagiren, offenbart sich unser innerstes Selbst. Zu allerletzt sind es chemische Affinitäten, die den einen in diese, den andern in jene Richtung treiben; und da es kaum zwei psychisch ganz gleich konstruirte Individuen giebt, ist uns auch ein völliges und erschöpfendes „Verstehen" der fremden Psyche fast immer unmöglich. Wir bleiben uns fremd, auch wenn wir Brüder sind! — —

Wir fanden vorhin, dass die stete Wiederholung bestimmter Reizassociationen schliesslich gewisse Beziehungsideen zur Folge haben kann, vielleicht muss. Je fester die Gruppe haftet, je inniger sie mit unserer Persönlichkeit verkettet ist, um so intensiver wird sie in der Lage sein auch unser Handeln zu beeinflussen.

Dies ist derselbe Kunstgriff, den wir gewöhnlich zu Erziehungszwecken anwenden. Wir wiederholen z. B. gewisse Imperativsätze („Du sollst nicht töten! Du sollst nicht stehlen!" u. s. w.) so lange, bis sie — wie es sehr treffend heisst — in „Fleisch und Blut" übergegangen sind. Individuen, die sich schlecht erziehen lassen, sind eben für die fraglichen hochwerthigen Vorstellungsreihen nicht empfänglich, nicht reif. Denn zur Erziehung gehört nicht nur der gute Erzieher, sondern auch ein entsprechendes Material. —

Nun ist Folgendes wichtig: Alle der Jugend gepredigte Weisheit beruft sich zunächst auf keinerlei Beweise, — diese liegen allermeist in der Erfahrung der ganzen voraufgegangenen Ahnenreihe, — sondern ist geradezu Dogma, d. h. verlangt blinden Glauben. Und es findet ihn auch. Ein junges Kind, das seinen Vater liebt, wird ihm ebenso gut die einleuchtendste Thatsache, wie die barockste Lügengeschichte glauben. Dieses Glauben aber ist zwar eine zweckmässige, jedoch nicht minder eine höchst gefährliche Eigenschaft des jungen Geistes. Die plastische Psyche des Kindes nimmt dankbar die geringste Kost und was ihr einmal eingeprägt wurde, das kann, — wenn es falsch ist, — oft durch ein ganzes Leben voller Thatsachen und Eigenerlebnisse nicht ausgelöscht werden. Schwer sündigt an seinem Kinde jeder Vater, der ihm wissentlich Unwahrheiten beibringt,[5]) der sein bildsames Gehirn mit gefühlsstarken Falsch-Vorstellungen belastet, deren Ueberwindung und Eliminirung späterhin — wenn überhaupt, so doch immer nur mit einem grossen Aufwand von Schmerz und Gemüthsbewegung möglich ist!

Wahrlich, eine Verschwendung an geistiger Arbeitskraft wird unserer Jugend zwangsweise zugemuthet, wie sie sonst nur der Paranoiker treibt, dessen Intelligenz sich in unfruchtbaren Gedankengängen zu Tode hetzt. Allzu sehr zum Glauben, allzu wenig zur Kritik, zum echten Verständniss wird die Jugend erzogen, und der Fanatismus des Gläubigen, des Moralisten, des in Vorurtheilen Befangenen gleicht im Grunde dem Fanatismus, der Unerschütterlichkeit des Paranoikers auf ein Haar.

Man muss sich klar machen, worin überhaupt das Verständniss einer Sache besteht. Sie verstehen, heisst: nicht auf einen Einzeleindruck der Sache schwören, sondern das Gemeinsame vieler Eindrücke mit Berücksichtigung auch fremder Erfahrungen abstrahiren. Auf diese Weise bleibt die Vorstellung von einer Sache dauernd im Fluss, unterliegt fortwährend der Korrektur, und wie sich unser Bewusstsein von Sekunde zu Sekunde ändert, neu konstituirt und ausreift, so wächst auch unser rechtes Verständniss für die Dinge der Aussenwelt mit jedem von ihnen ausgehenden Neureiz, dem unsere Seele sich öffnet. —

Dieses Fortentwickeln, dieses Weiterbilden wird unterbrochen, sobald eine Vorstellung, eine Idee „fix", d. h. unverrückbar, unveränderlieh, unbeeinflussbar geworden ist. Der physische Tonus, der sich vorher gewissermassen im Gleichgewicht befand, erfährt eine Alteration, und soweit kann das Dominiren des betreffenden Vorstellungkomplexes gehen, dass es über Leben und Tod des Individuums entscheidet. Man denke nur an die zahlreichen Selbstmorde infolge von verlorener Ehre: hier übt ein einziger durch Stand und Erziehung fest eingeprägter Moralbegriff einen so gewaltigen Einfluss, dass er — sobald er fällt — die ganze Person in seinen Fall mit hineinzieht. „Das Leben erschien ihm nicht mehr lebenswerth", heisst es dann von einem solchen Menschen. Ihm aber, der sich aus freiem Willen zu töten glaubt, kommt es nimmer zu Bewusstsein, dass es eigentlich nur die fixirte Idee der „Ehre" ist, welche seinen Entschluss erzwang und ihm das Leben kostet. —

Man sieht, welche ungeheure Gefahr einerseits in dem künstlichen Fixiren, d. h. Ueberwerthigmachen gewisser Vorstellungen liegen kann, während andererseits der Werth des Mechanismus für erzieherische Zwecke nicht zu unterschätzen ist. —

Diese Ueberimpfung ganzer Vorstellungsketten durch die Suggestivkraft starker Persönlichkeiten ist es

[5]) Man denke nur an die landläufige religiöse Erziehung!



ja auch, welche die grossen Bewegungen der Geister entfesselt und die Wucht der sonst so trägen Masse in Aktion setzt. Das gilt in ganz gleicher Weise für kulturell-werthvolle, wie für reaktionäre, z. B. fanatisch-religiöse Bestrebungen. Fortschritts- und Rückschrittstendenzen erhalten auf demselben mechanischen Wege ihren Anstoss, und erst der Blick auf die angestrebten Ziele, lässt uns den moralischen Werth der Erregungswelle richtig einschätzen.

Das Physiologische scheidet sich vom Pathologischen einzig und allein in dem Begriff der Schädlichkeit oder Nützlichkeit, und das ist ein ganz relativer, von Fall zu Fall schwankender Begriff.

Der Paranoiker, der sich für eine überlegene Persönlichkeit hält, ohne es zu sein, setzt sich nicht nur zu seinem socialen Milieu in Gegensatz, sondern auch zu den Forderungen seines eigenen individuellen Lebens; er ist daher offenbar pathologisch. Hat dieser Paranoiker jedoch zufällig die äussere Gewalt, um seine Ideen zu stützen, anderen zu suggeriren und seine Ansprüche durchzusetzen, so wird man ihn schon nicht mehr so einstimmig für pathologisch erklären, und dies um so weniger, je gewaltiger die Wirkungen sind, die er hervorgerufen. Am allerwenigsten, wenn in seinen Manifestationen ein fortschrittlicher, also der Menschheit nützlicher Keim enthalten war, der die krankhaften Elemente nach und nach immer mehr in Schatten stellt. Erst die Zukunft, die Weiterentwickelung des Geschaffenen lehrt in vielen Fällen, was wirklich pathologisch und was physiologisch war. Mit andern Worten: Immer noch ist es der Erfolg, der Recht giebt, und in den Worten „social“ und „antisocial“ drückt sich Kern und Sinn der Paranoia-Lehre am ungeschminktesten aus. —

Die rechtlichen Hauptformen der Irrenfürsorge.

Von Dr. jur. *Marcus Wyler*, Bexhill on Sea, England.

(Schluss.)

β) Die Schliessung der Anstalt.

In allen Staaten müssen bei Entziehung einer Concession weitere Maassnahmen getroffen werden. Es muss in irgend einer Weise für die Geisteskranken und ihre weitere Pflege gesorgt sein. Wo die Gesetze darüber nichts enthalten, tritt ein Verfügungsrecht der Regierung ein (bezw. der concessionsertheilenden Behörde). Dasselbe findet seine Grenzen an den Bestimmungen über die Internirung und Entlassung. (Zuweilen schützt sich die Regierung durch die Bestimmung, dass auf Verfügung derselben ein Geisteskranker jederzeit entlassen werden kann. Zuweilen ist verordnet, dass Versetzungen von Geisteskranken aus Privatirrenanstalten in andere Privatanstalten oder in staatliche Anstalten jederzeit auf Verfügung der zuständigen Behörde geschehen kann.) Im übrigen herrscht eine gewisse Willkür.

Neben den französischen Bestimmungen über den administrateur provisoire im Falle der Suspension des Directors haben Belgien und Holland ausführliche Maassnahmen für den Fall der Schliessung verordnet.

Die holländischen Bestimmungen (wet. Art. 9) scheinen eine fast wörtliche Copie der belgischen (loi art. 4, ord. 11) zu sein. Nur dass Holland noch besonders erwähnt, dass der motivirte Schliessungsbeschluss im Staatsanzeiger veröffentlicht werden solle und dass davon eine Anzeige an diejenigen Personen zu erfolgen habe, welche die Internirung herbeigeführt haben oder auf deren Kosten der Kranke verpflegt werde.

In Belgien hat der Entzug durch arrêté royal motivé zu erfolgen (welcher arrêté natürlich auch publicirt werden muss). In Belgien und Holland hat der Staat für die provisorische Administration zu sorgen, bis alle Geisteskranken entlassen sind. Die Kranken sind (nach Wahl der interessirten Autoritäten und Personen) in andere öffentliche oder private Anstalten zu überführen. Dies geschieht von Staatswegen und auf Rechnung der Betheiligten dann, wenn diese in Verzug kommen.

g) Weiteres staatliches Eingreifen gegenüber Privatanstalten.

Neben den Strafbedingungen (meist Bussen) bei Uebertretung von Concessionsvorschriften kennen viele Staaten als Zwangsmittel nur noch den Entzug der Concession. Andere haben noch Mittel zur Verfügung, um die Einhaltung der Bedingungen herbeizuführen. Es sei hier an die belgische Caution erinnert.

In Frankreich [204]) und Oesterreich [205]) hat die vor-

[204]) ord. art. 19. préfet mit Gegenzeichnung des Minist. d. Inn.

[205]) MV. 1874. § 19. polit. Landesbehörde.

gesetzte Behörde das Recht, den leitenden Arzt abzuberufen. In Schweden[206]) kann derselbe durch Geldstrafen zur Erfüllung seiner Pflichten angehalten werden. In Norwegen (nach der Instruction für die Controllcommissionen) haben die Controllcommissionen bei Ungehörigkeiten in der Verwaltung baldmöglichst Abhülfe zu schaffen (§ 3).

In Zürich ist die „zuständige Direction" befugt, neben den Vorschriften der Verordnung vom 19. VI. 1899 betr. Einrichtung und Unterhaltung der Anstaltsräume „je nach Befund" noch anderweitige Anordnungen zu treffen. Die State Commissioners von New-York (chap. 283, sess. 112), wenn sie Missstände in Anstalten wahrnehmen, erlassen im Namen des Volkes von New-York eine Verfügung, um sie abzustellen oder um Abhülfe zu schaffen. Wird dieselbe nicht befolgt, so wenden sich die Commissioners an einen Richter des obersten Staatsgerichtshofs, welcher die Verfügung seinerseits erneuert. Bei abermaliger Widerspenstigkeit des Anstaltsinhabers verfällt derselbe in die Strafe, die „Missachtung der Justiz" nach sich zieht.

D. Die Familienpflege.

a) Allgemeines.

Es müsste hier schon gesagtes zum Theil wiederholt werden. Zur Regelung der Familienpflege gehören schliesslich alle Bestrebungen der Staaten, die für ihre Geisteskranken ungenügend oder gar nicht sorgen, die Familie für deren Bewahrung und Pflege haftbar zu machen. Siehe die oben genannten Artikel der Polizeistrafgesetze etc.

Unter eigentlicher Familienpflege ist aber die Bewahrung und Verpflegung von Geisteskranken in der eigenen oder fremden Familie verstanden, soweit sie durch nicht polizeiliche Normen geregelt ist.

In dieser Richtung sind hervorragende Gesetze, wie das französische (auch Neuchâtel) und weitausgreifende Gesetzgebungen, wie fast alle deutschen (incl. Oesterreich) lückenhaft. Was für die „nicht in Irrenanstalten befindlichen Geisteskranken" geschieht, ist rein dilettantisch, es sind systemlose Versuche. So werden z. B. periodische Irrenzählungen vorgenommen, aber es ist nicht zugleich die Pflicht der Einzelnen ausgesprochen, die Beherbergung eines Irren an die zur Zählung und „Evidenterhaltung" der Geisteskranken berufene Behörde Mittheilung zu machen.

Es muss hier bemerkt werden, dass eine richtige Familienpflege überhaupt nur da existiren kann, wo eine kompetente Behörde sie controllirt.

Hier werden die Staaten in Betracht gezogen, wo die Institution als gesetzliche vorgesehen ist, nämlich Belgien, Braunschweig, Holland, England, Genf, Norwegen, Schweden, Schottland, Spanien, Waadt, Zürich.

In Preussen und andern deutschen Staaten, und in Frankreich findet sich die Form der halboffiziellen Familienpflege, d. h. Anstaltscolonie, die nicht gesetzlich vorgesehen ist (Alt-Scherbitz etc., Dalldorf). In New-York und Thurgau ist die Institution vollständig der Anstalt assimilirt.

Dasselbe gilt für Schweden, sobald die Zahl der in einer Familie verpflegten Kranken mehr als fünf beträgt. (Stadga § 65.)

b) Die private Familienpflege.

α) In der Familie des Kranken.

Wir sprechen zunächst von den Staaten, welche die Verpflegung in der eigenen und in einer fremden Familie verschieden behandeln, nämlich Belgien, Genf, Waadt. Das ist der einzige mögliche Fall in Belgien.

Familie = alle Verwande + tuteur, curateur ou administrateur provisoire.

Pflege bei andern Personen = Irrenanstalt (loi art. 2). Das gilt auch für Waadt. Les malades en traitement dans leur domicile (das heisst in ihrer Wohnung, wenn auch durch fremde Kräfte verpflegt) ou chez un membre de leur famille sont soumis d'une manière générale à la surveillance instituée par la présente loi (art. 8).

(Die Verpflegung auch eines einzigen Kranken im Domicil einer dritten Person, unterliegt den Bestimmungen des Gesetzes „au même titre que les établissements privés".) (Art. 7.)

In Genf wird ein Unterschied zwischen der eigenen und einer fremden Familie insofern gemacht, als die Kranken in der eigenen Familie (dans leur famille) zwar der Oberaufsichtsbehörde unterworfen sind, dass aber von ihnen keine Anzeige verlangt wird.

Genf und Waadt haben durch dieses Auslassen der Anzeigepflicht (selbst für Fälle, wo Kranke zu Hause zwangsweise detinirt werden) die Aufsicht über diesen Zweig der Familienpflege sehr erschwert. Waadt hat sein Vorgehen zum Theil compensirt durch die Vorschrift des Art. 11, Abs. 2.[207])

In Belgien[208]) kann niemand in seiner Wohnung oder derjenigen seiner Verwandten oder deren Stellvertreter zwangsweise festgehalten werden, wenn nicht

[206]) stadga. § 56. Medicinalbehörde.

[207]) s. oben sub. B, IIa.

[208]) loi art. 25 ord. 80 à 82.



bei ihm eine Geisteskrankheit durch zwei Aerzte festgestellt ist, von denen der eine von der Familie oder den sonst betheiligten Personen, der andere vom cantonalen Friedensrichter ernannt ist. Der Friedensrichter selber hat sich vom Zustand des Kranken zu unterrichten und denselben wenigstens einmal vierteljährlich zu besuchen.

Ausserdem kann derselbe Friedensrichter vom behandelnden Arzt vierteljährlich ein Zeugniss verlangen und selber einen Arzt zum Kranken schicken, so oft er es für nöthig findet. Anzeige von der Sequestration wird vom Friedensrichter an den Staatsanwalt erstattet. Findet der juge de paix Anstaltspflege erforderlich, so berichtet er es dem gouverneur. Die Festhaltung der betr. Person muss aufhören, sobald der Arzt erklärt hat, dass sie nicht mehr nöthig sei. Anzeige dessen vom Arzt an den Richter, von diesem an den Staatsanwalt.

Von dem Rückzug eines (ungeheilten) Kranken aus der Anstalt durch die Familie hat an den Friedensrichter Mittheilung zu erfolgen.

β) Sonstige private Familienpflege.

Darunter fallen die Gesetze, welche besondere Bestimmungen für die in fremden Familien behandelten Geisteskranken haben (wie Genf), ferner diejenigen, welche die Behandlung in der Familie des Geisteskranken derjenigen in fremden Familien assimiliren (wie Holland, Norwegen, Schweden), endlich diejenigen, welche nur über die Pflege in fremden Familien legiferiren [wie England,[209]) Spanien und Zürich].[210])

1. Alle diese Gesetze normiren eine Anzeigepflicht.

Genf: (loi art. 7) binnen eines Monats vom Tage der Aufnahme eines Geisteskranken, an das Justiz- und Polizeidepartement.

Holland: (wet art. 3) binnen zweimal 24 Stunden an den Bürgermeister der Gemeinde des thatsächlichen Aufenthalts (van zijn werklijk verblijf), binnen gleicher Frist Mittheilung des Bürgermeisters an den Staatsanwalt und an einen der Inspektoren.

Norwegen: (lov. § 15) an den Prediger oder einen examinirten Arzt (sobald als möglich), ähnlich auch Finnland.[211])

Schweden: (stadga § 52, Nr. 2) „Eine einzelne Person, welche bei sich (zu Hause) gegen oder ohne Bezahlung einen Geisteskranken verpflegt, er mag ein Familienmitglied sein oder nicht, soll ohne Säumniss schriftliche Anmeldung beim Pfarrer der Gemeinde, nebst dem, wenn auf dem Lande, bei dem Gemeindevorsteher, wenn in der Stadt, bei dem betreffenden (?) Arzt (hos vederbörande läkare der stades) mit gleichzeitiger Angabe des Namens, Berufes, Alters des Geisteskranken, Aufenthalt und Angabe der Gemeinde, wo er eingeschrieben ist, sowie seines gesetzlichen Stellvertreters, erstatten.

In Schottland und England muss in Betracht gezogen werden, dass alle armen Geisteskranken ohne weiteres unter dem Gesetz stehen, und die bezüglichen Anzeigen von den Armenbehörden zu erstatten sind. In Schottland stehen die Private patients unter dem Gesetz, wenn sie „für ein Kostgeld in einem Privathaus gehalten werden und an einer völlig entschiedenen Geisteskrankheit leiden".

Es bedarf darum zum mindesten der Erklärung (Anzeige) eines diplomirten Arztes, dass der Patient an einer Krankheit leide, die sich noch nicht entschieden, und dass es angezeigt sei, ihn zu einem vorübergehenden Aufenthalt, der nicht über 6 Monate dauern darf, in das Haus zu versetzen (das heisst wohl ev.: ihn darin zu belassen), wo er so verpflegt werde.[212])

In England und Zürich ergiebt sich die Anzeigepflicht schon daraus, dass die Verwahrung eines Geisteskranken an dieselben Formen gebunden ist, wie in der Privatanstalt.

2. Die Concession. Neben den Staaten, wo die Familienpflege der Privatanstalt assimilirt ist [Belgien, Holland (bei mehr als zwei Kranken), New-York, Thurgau] verlangen England und Zürich eine besondere Bewilligung, die unter denselben Bedingungen ertheilt wird, wie an die Anstalten (d. h.: in England durch die Commissioners). Allerdings in England nur, wenn in einer Familie, wo schon ein Kranker verpflegt wird, noch einer oder mehrere aufgenommen werden sollen.

Die Pflege eines einzigen Geisteskranken muss offenbar auch heute nicht besonders bewilligt werden, wie schon vor 1890.[213])

Doch haben die Commissioners auch über diesen beschränkte Aufsichtsrechte (die natürlich ganz andere sind, wenn der „as a single patient" placirte Geisteskranke ein „lunatic so found by inquisition" ist), andere auch, wenn er „pauper lunatic" und zu-

[209]) Das folgende bezieht sich auf Privatpatienten. Bezüglich der armen Geisteskranken siehe oben.

[210]) Spanien art. 11, der Fassung nach scheint diese Ansicht allein richtig. Zürich V, 1899, § 26, in „fremden Familien."

[211]) Axel Hårdh. a. a. O. L. A. Z. Bd. 52, S. 385 ff.

[212]) Dr. Mayer a. a. O. (nach dem Berichte des State Board of Lunacy.)

[213]) s. Reuss. a. a. O. S. 54.



gleich „as a single patient" versorgt ist. (Ausnahmefall s. o.)

Die Commissioners bestimmen die Anzahl der Besuche, die von einem med.-pract. dem as a single patient versorgten Geisteskranken zu machen sind. Zwei Commissioners können jederzeit diesem Arzt die Pflege des Kranken entziehen und sie einem andern übertragen (act. art. 44).

Sie können von ihm schriftliche Berichte über den Zustand des single patient fordern.

Wechselt eine mit der Hut eines Geisteskranken betraute Person ihren Wohnsitz, so hat sie davon 7 Tage vor ihrer Abreise und sofort nach ihrer Ankunft die Commissioners und diejenige Person zu informiren, welche entweder die Versorgung des Geisteskranken herbeigeführt oder den letzten Kostgeldbetrag bezahlt hat. Die Zustimmung der gedachten Personen ist womöglich einzuholen.

Aus Gesundheitsgründen des Kranken kann ihm von den Commissioners zeitweiliger Wohnsitzwechsel gestattet werden (art. 55 u. 56). Beim Falle des Todes des Pflegers eines single patient haben die Commissioners für die weitere Versorgung des letztern Maassnahmen zu treffen.

In Zürich ist mit Ausnahme derjenigen Dinge, welche mit der Anstalt als körperlicher Sache zusammenhängen (und der ärztlichen Leitung), das Regime der Familienpflege gleich dem der Anstaltspflege.

3. Weitere Garantien der Familienpflege. Mit Ausnahme der staatlichen Controlle, soweit sie mit derjenigen der Privatanstalten coincidirt, wie in England, Holland, [Genf, Waadt, (Thurgau, New-York)], Zürich.

In Schweden sollen auf dem Lande die Gemeindevorsteher, in der Stadt die betreffenden (?) Aerzte nachsehen, ob die Geisteskranken sorgsam, nach den Grundsätzen der Humanität, ohne Zwangsmittel behandelt werden. Ist das nicht der Fall, so haben sie an den Königlichen Befehlshaber oder die Ortspolizei zu berichten und inzwischen fürsorgliche Maassnahmen zu treffen. Dem Pfarrer obliegt es, jährlich ein Verzeichniss, dem Gemeindevorstand, einen Bericht über die in Familienpflege befindlichen Geisteskranken an den Provinzial-, Districts- (oder Stadtarzt) abzuliefern.

Die weitere Controlle der Familienpflege ist den Provinzial- und Districts-Aerzten überlassen.

Dieselben haben darüber Mittheilung in ihrem Jahresberichte an die Medicinalverwaltung zu machen (§§ 60—63). Endlich kann die Medicinalverwaltung ausserordentliche Revisionen anordnen (st. § 64).

Ueber die norwegische Fürsorge ist oben gesprochen worden.

c) Die officielle Familienpflege.

Dieselbe findet sich vorläufig noch an wenigen Orten. Nach den unklaren Gesetzestexten ist es oft schon fraglich, ob von Seite einer Anstaltsdirection die Berechtigung besteht, Geisteskranke, die ihr zur Anstaltspflege übergeben worden sind, weiter in Familienpflege zu geben.

So gut wie ausgeschlossen aber dürfte es sein, ohne gesetzliche Unterlage solche Kranke, die von Staatswegen in eine Anstalt gebracht worden sind, in Familien unterzubringen.

Gesetzliche Regelungen sind uns hier nur drei bekannt, das vielgenannte belgische Irrendorf Gheel, die braunschweigische Verordnung vom 20. März 1893 und die beiden waadtländischen Verordnungen über diese Materie.

Es ist uns unmöglich, hier eine Rechtsvergleichung anzustellen. Wir beschränken uns daher darauf, den Inhalt der braunschweigischen und waadtländischen Bestimmungen wiederzugeben. [214])

Nach dem Erlass des Herzoglich Braunschweig-Lüneburgischen Staatsministeriums vom 20. März 1893 [215]) haben die Landespolizeibehörden auf gute Unterbringung der (aus der Anstalt zu entlassenden) unschädlichen Unheilbaren und Bestellung geeigneter Aufsicht (Ueberwachung durch den Physikus und die Staatspolizeibehörde, den Gemeindevorsteher, den Amtsvogt) in geeigneten Fällen auch unter Inanspruchnahme der Mitwirkung des Ortsgeistlichen, hinzuwirken.

Im Kanton Waadt ist vor einem Jahr vom grossen Rath der Beschluss gefasst worden, es sei der Staatsrath zu ermächtigen, innerhalb der Grenzen des (Irren-)Budgets sowie unter Wahrung der Vorschriften des Gesetzes vom 14. Februar 1901 ruhige chronisch Geisteskranke von Staatswegen, sei es in Privatanstalten, sei es in Familien, unterzubringen.

Der Pensionspreis wird (abzüglich des Beitrags der Bürgergemeinde des Kranken) aus dem Budget der öffentlichen Wohlthätigkeit bestritten. (Arrêté du 27. Mai 1904).

In Ausführung dieses Grossrathsbeschlusses verordnete der Staatsrath:

Die Direction des Asyls von Céry sei ermächtigt, mit Privatanstalten und einzelnen über die Unter-

[214]) Bezüglich Gheels steht uns ein Quellentext überhaupt nicht zur Verfügung. Wir verweisen auf zahlreiche Aufsätze in L. A. Z., dann auf Reuss, a. a. O. § 9, Seite 22.

[215]) Hasse. Vorschläge. L. A. Z. Bd. 50, 1894, S. 198 ff.



bringung von ruhigen Unheilbaren zu unterhandeln. Dabei sei solchen Bauernhöfen der Vorzug zu geben, welche eine Gruppe von Kranken aufnehmen könnten. In einem Hause dürfen nur Kranke desselben Geschlechts wohnen.

Jeder Einzelfall ist Gegenstand eines Vertrags nach offiziellem Formular, dessen Gültigkeit von der Ratification des Departements des Innern abhängig ist.

Der Pensionspreis ist regelmässig 1 Franken pro Kranken und pro Tag und begreift Wohnung, Nahrung, Wäsche und Kleiderbesorgung.

Der Staat bezahlt besonders Medicamente und die von der Direction von Cery als notwendig verordneten ärztlichen Besuche (Art. 6). Die Einzelpersonen oder Anstalten, welche Kranke aus dem Asyl von Cery aufzunehmen wünschen, erklären, ihren Pensionären folgendes zu liefern:

a) Eine gesundheitlich und sonst annehmbare Unterkunft,
b) eine zuträgliche und genügende Kost,
c) richtigen Unterhalt ihrer Kleidung.

Sie haben sich ausserdem zu verpflichten:

1. ihre Pensionäre mit Güte zu behandeln und von ihnen keine Arbeiten zu verlangen, die ihre Kräfte oder Fähigkeiten übersteigen,
2. sich an die Weisungen zu halten, die ihnen nach Art. 4 des Ges. vom 14. Februar 1901 über das Verfahren mit Geisteskranken gegeben werden. (Siehe oben sub Concession.)

Oberaufsicht durch den „Conseil de santé et des hospices.“

Periodische Besuche der betreffenden Häuser werden durch einen Arzt der Anstalt Cery gemacht, der darüber an die zuständige Behörde schriftlichen Bericht erstattet.[211]) Die Häuser und Anstalten unterliegen im übrigen in allgemeiner Weise dem Gesetz.

Art. 8. In Fällen von Missbrauch, von unsittlichen Handlungen, schlechter Behandlung oder Mangel an Aufsicht werden die Kranken sofort zurückgezogen und der Vertrag ist aufgelöst, unter Vorbehalt einer event. Strafklage.

[216]) Dies ist zugleich der einzige uns bekannte Fall einer Aufsicht über Geisteskranke in der Schweiz, die durch ein kompetentes Organ ausgeübt wird.

Mittheilungen.

— **Zählung von Geisteskranken.** Bei der diesjährigen Volkszählung am 1. Dezember sollen zum ersten Male die Geisteskranken Berücksichtigung finden. Es wird sich dabei um allgemeine Feststellungen handeln, welche die Geisteskranken nach den Bestimmungen des Bürgerlichen Gesetzbuches unterscheiden. Es ist dort (§ 6, Ziffer 1) bekanntlich für Personen, die entmündigt werden können, der Unterschied gemacht: wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Die neuesten Veröffentlichungen des Statistischen Landesamts über die Heilanstalten im Preussischen Staate bemerken zu der geplanten Neuerung: „Allerdings wird das Volkszählungsergebniss nicht an und für sich einwandfreie Unterlagen für die Berathung über die Anstaltsbedürfnisse der Provinzen liefern können, es sei denn, dass eine Nachprüfung der durch die Volkszählung ermittelten Personen zur Durchführung gelangt. Diese wird in geeigneter Weise durch die Kreisärzte ausgeführt werden können. Seitens des königlichen Statistischen Landesamts könnten die Zählkarten für Geisteskranke und Geistesschwache, bald nachdem das Volkszählungsmaterial dorthin eingegangen und für allgemeine Zwecke verarbeitet ist, den Kreisärzten zugestellt werden, die auf diese Weise den sicheren Anhalt für die Aufsuchung der Geisteskranken etc. in den Familien ihrer Bezirke erhalten würden.“ — Man erwartet von der Neuerung weiter, dass dadurch die Provinzialverwaltung gute Unterlagen für ihre Maassregeln zur Unterbringung Geisteskranker gewinnen werden.

— **Zur Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher** bringt die soeben erschienene Veröffentlichung des Königl. Statistischen Landesamts „Die Heilanstalten im preussischen Staate“ einige interessante Bemerkungen. Danach besitzen wir bereits sechs Abtheilungen für geisteskranke Verbrecher nämlich in den Strafanstalten: Berlin, Lehrterstrasse, Breslau, Köln, Graudenz, Halle a. S. und Münster; es stehen hier zur Aufnahme von geisteskranken männlichen Verbrechern bereits 297 Plätze zur Verfügung. Diese Abtheilungen nehmen Geistesgestörte oder der Geistesstörung verdächtige Gefangene auf, um sie einem Heil- und Beobachtungsverfahren zu unterziehen. Werden sie als geistesgesund erkannt oder bessert sich ihr Zustand soweit, dass sie ihre Strafe weiter verbüssen können, so werden sie in den geordneten Strafvollzug zurückversetzt; sind sie wegen Geistesstörung dauernd strafvollzugsunfähig, so wird der Strafvollzug unterbrochen und sie werden der gewöhnlichen Irrenpflege überwiesen. Die in den Strafvollzug Zurückgenommenen werden versuchsweise in die Hauptanstalt überwiesen, um hier noch unter psychiatrischer Beobachtung des Anstaltsarztes zu bleiben. Bei vielen dieser Verbrecher bricht die Geisteskrankheit zeitweilig wieder durch. Männliche Strafgefangene aus den Strafanstalten und Gefängnissen der inneren Verwaltung (die dem Ministerum des Inneren unterstehen), sollen nicht mehr zur



Beobachtung ihres Geisteszustandes in die gewöhnlichen Irrenanstalten aufgenommen werden. Die Zahl der letzteren belief sich Ende 1903 auf 222, von denen 11 dem Staate angehören. Die neue städtische Irrenanstalt in Buch soll bekanntlich auch eine Abtheilung für geisteskranke Verbrecher erhalten, es würde dies die siebente im preussischen Staate sein. Freilich lässt die Eröffnung der Anstalt Buch noch immer auf sich warten.

— In der Sitzung des Vorstandes des **Deutschen Vereins für Psychiatrie** wurde als Ort der nächsten Jahresversammlung München bestimmt, als Zeit: zwei Tage nach der Osterwoche. — In die durch Heinrich Laehr's Tod erledigte Stelle des ständigen Schriftführers (siebentes Vorstandsmitglied) wurde Hans Laehr-Schweizerhof gewählt. Er hat sein Amt bereits angetreten.

— In der diesjährigen (XXX.) Versammlung des **Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege** (13.—16. Sept. 1905 in Mannheim) wurden von dem Referenten über das Thema Selbstverwaltung und Hygiene, Reg.- und Geh. Med. Rath Dr. Roth-Potsdam, unter dem Beifall der Versammlung die folgenden Leitsätze aufgestellt:

1. Den weiteren Communalverbänden (Provinzen pp.), denen die Fürsorge für die hülfsbedürftigen Geisteskranken. die Idioten, Epileptischen, Blinden und Taubstummen übertragen ist, liegt es ob, entsprechend der Zunahme der Bevölkerung für Bereitstellung ausreichender Unterkunftsräume rechtzeitig Sorge zu tragen.
2. Die Abgabe hülfsbedürftiger Geisteskranker an solche Anstalten, denen eine psychiatrische Leitung fehlt, liegt nicht im Interesse dieser Kranken.
3. Bei Gefahr im Verzuge darf die Aufnahme in die nächste Anstalt nicht durch die Aufnahmeverhandlungen (Ermittelung des verpflichteten Armenverbandes pp.) verzögert werden.
4. Die Entlastung der Provinzial-Anstalten wird durch Ausdehnung der familiären Irrenpflege wie durch Schaffung besonderer Trinkerheilanstalten zu erstrecken sein. S.

Referate.

— Bradley, A case of chorea insaniens with report of autopsy. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1904, S. 777.

Eine 19jährige Frau bekam plötzlich sehr heftige choreatische Zuckungen, wurde ängstlich und verwirrt und starb nach wenigen Tagen. Die Pia war hyperaemisch; die Hirnrinde erschien glasig und liess die normale Struktur nicht erkennen. Die grossen Pyramidenzellen waren diffus gefärbt, die Kerne theilweise verschwommen, die Fortsätze auffallend deutlich. Auch die kleinen Pyramidenzellen waren hochgradig degenerirt. Im Occipitallappen waren diese Veränderungen weniger vorgeschritten als in den übrigen Rindenpartien. Ausserdem fand sich eine Endocarditis. Die Aorta war auffallend eng. Die Thymus persistirte.

Verf. führt aus, dass die Endocarditis sowie die choreatischen Erscheinungen und die Hirnveränderungen auf eine gemeinsame Ursache zurückzuführen sind. Schütte-Osnabrück.

— Leo Erichsen: An der Grenze des Uebersinnlichen. Der persönliche Einfluss. Ein neuer Weg zum Erfolg. Strassburg 1905. Jos. Singer.

Das beste an dem Buche, in dem wir nichts Neues fanden, ist der Umschlag, auf dem zwischen zwei hellen Säulen auf dunklem Grunde ein characteristischer Kopf hervorsieht; im übrigen zur Besprechung ungeeignet — „kein Weg zum Erfolg".

— Dana a. Fraenkel, A case of aphasia with loss of memory of nouns (sensory anomia) with autopsy. Journ. of Nerv. a. Ment. Disease Dol. XXXI. 1904, S. 15.

Zur Beobachtung gelangte ein 48jähriger Mann, der vor 15 Jahren Syphilis gehabt hatte und vor 3 Jahren erkrankt war. Bei der Aufnahme fand sich Nystagmus, träge Reaktion der Pupillen, rechtsseitige Facialisparese, Parese des rechten Armes und beider Beine, Fussklonus, Ataxie. Hypalgesie am rechten Arm, Analgesie am Rücken beiderseits, geistige Stumpfheit. Pat. konnte gut spontan und auf Fragen sprechen, sowie Vorgesagtes nachsprechen, lesen und abschreiben, dagegen konnte er die Namen von Gegenständen, die er sah, schmeckte oder fühlte, nicht nennen, wusste aber ihren Gebrauch durch Umschreibung zu erklären. Sprach bisweilen paraphasisch. Keine Apraxie. Tod an Herzlähmung. Die Section ergab Erweichungsherde im hinteren Drittel der ersten Temporalwindung sowie in der ersten und zweiten Stirnwindung. Miskroskopisch zeigte sich, dass die Erweichung nicht weit in die Tiefe ging. Die Gefässe zeigten das Bild der Endarteriitis obliterans. Nach Ansicht des Verf. ist der Herd in der Temporalwindung die Ursache der Aphasie. Ein besonderes Zentrum für Namen gibt es nicht. Schütte-Osnabrück.

Personalnachrichten.

— Dr. Max Fischer, Director der Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch, wurde zum Medizinalrat, Dr. Ernst Thoma, Illenau und Dr. Walter Fuchs, Emmendingen zu Oberärzten ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Beiblatt zu Nr. 47 der Psychiatr.-Neurolog. Wochenschrift
17. Februar 1906.
Verlag von Carl Marhold, Halle a. S.

Liste zu ermittelnder unbekannter Geisteskranker.
Nr. 37.

Am 27. Oktober v. Js. wurde in Kunzendorf, Kreis Neurode, der in Abbildung folgende Geisteskranke (Idiot) wegen Bettelns festgenommen. Name und Herkunft desselben konnten bisher nicht festgestellt werden. Vor Gericht hat er sich zuerst Kütter, dann Franz Gertler genannt. Er spricht und versteht die polnische Sprache unvollkommen; im übrigen ist er vollständig blödsinnig. Seit 25. November v. Js. befindet er sich in der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt Lüben i. Schlesien.



Personalbeschreibung:

Alter 25 bis 30 Jahre. Grösse 168 cm. Haar dunkelblond. Schädel gross, stark ausgebildeter Hinterkopf, Stirn sehr niedrig, Haargrenze in die Mitte der Stirn reichend. Augen grau, Nase breit und abgestumpft, Gesicht voll und rund, Gesichtsfarbe gesund; er ist von kräftigem Knochenbau und in gutem Ernährungszustande (hat seit der Aufnahme 18 Pfund zugenommen). Plattfuss mittleren Grades. Haltung des Kopfes nach vorn gesenkt, besonders beim Gehen. Besondere Merkmale: Auf der Höhe des linken Scheitelbeines 2 cm lange Narbe, am linken Beckenknochen heller Hautfleck, vor dem linken Ohr erbsengrosse Warze, die beiden Schneidezähne des Oberkiefers rechterseits fehlen.

Bekleidung bei der Aufnahme.

Braune Manchesterhosen, dunkler Rock und Weste, Schnürschuhe, schwarze Stoffmütze, weisses Hemd, buntes Halstuch, graue Socken, Leibriemen.

Zur Ermittelung der Herkunft dieses Unbekannten dienende Angaben wolle man unter IIa 1571 an den Herrn **Landeshauptmann von Schlesien** gelangen lassen.

Be
licl
Za
voı
stä
ein
es
sei
no

Ve
Jal
zw
H
dig
Ha
An

De
pfl
voı
wa
Dr
lun

vin
dü
tis
lie
un
rec

sol
feh

in
veı
veı

du
du
ers

wi
Ins

ch
un
ra
no
mi
veı
Au
de
än
Ri

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 37. 9. Dezember. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wachsaal und Dauerbad in der Privat-Irrenanstalt.

Von Dr. *A. Erlenmeyer*, Geheimem Sanitätsrath in Bendorf am Rhein.

Gute und bewährte Behandlungsmethoden müssen allen Kranken zugänglich gemacht werden, einerlei, ob sie in öffentlichen oder in privaten Anstalten untergebracht sind. Dabei ist es gleichgültig, woher eine bestimmte Art der Behandlung ihren Ausgang nimmt. Die landwirthschaftliche Beschäftigung der Geisteskranken als therapeutische Methode, auf die jetzt keine Anstalt mehr verzichten will, ist von den privaten Irrenanstalten ausgegangen und ist dann von den öffentlichen übernommen worden. Die Wachsaal- und Dauerbadbehandlung geht den umgekehrten Weg, aber auch sie hat allen Anspruch darauf, zu einem therapeutischen Allgemeingut zu werden.

Bei so grundsätzlicher Anschauung sollte es eigentlich überflüssig sein, über die Wachsaalbehandlung in Privat-Irrenanstalten ein besonderes Wort zu sprechen, denn ihre Einführung in diese erscheint doch ganz selbstverständlich, aber die Verhältnisse liegen hier so, dass sich diese Einführung nicht ohne Weiteres vollzieht.

Das Wesentliche der Wachsaalbehandlung ist die gleichzeitige Behandlung und Ueberwachung mehrerer Kranken in einem Raume.

Dieser Thatsache gegenüber ist die Frage berechtigt, ob dieser Behandlungsgrundsatz in einer Privatanstalt überhaupt durchführbar ist.

Die Frage ist nicht von vornherein zu bejahen, es erheben sich mehrere Bedenken dagegen.

Ein erstes Bedenken liegt in der socialen Stellung der Kranken dieser Anstalten, von denen die meisten, wenn nicht alle, den sogenannten höheren Ständen angehören. Diese Kranken kann man nicht ohne Weiteres in einem Raum zusammenlegen; und wenn auch die Kranken selbst vermöge ihres krankhaften Zustandes nichts gegen diese Maassregel einzuwenden hätten, ihre Angehörigen und gesetzlichen Vertreter sind nicht immer dazu willfährig und erheben Bedenken und Einspruch eben aus socialen Gründen. Unter dem Gesichtspunkt der ärztlichen Behandlung und Fürsorge ist dieser Einspruch ganz gewiss unbegründet, aber er ist nun einmal da, und es muss mit ihm gerechnet werden.

Er ist aber nicht allein socialer Art, er gründet sich ausserdem — und damit komme ich zu dem zweiten Bedenken — auf den Pensionsvertrag, den der gesetzliche Vertreter des Kranken oder seine Angehörigen mit der Privatirrenanstalt abgeschlossen haben, und in dem festgesetzt ist, dass der Kranke für die ausbedungene Pension Anspruch auf ein eigenes Zimmer hat. Diese beiden Bedenken hängen eng zusammen, denn die Kranken der besseren Stände suchen ja gerade deshalb die Privatirrenanstalten auf, weil sie in ihnen eine comfortablere, ihren Lebensgewohnheiten entsprechendere Unterkunft finden und weil dort die Einzelpflege in eigenen Räumen gewährleistet und eine Zusammenlegung mit anderen Kranken ausgeschlossen wird. Das ist ein altherkömmlicher Brauch bei den Privatirrenanstalten, und wenn keine gegentheiligen Vereinbarungen getroffen worden sind, dann hat die Privatirrenanstalt kein Recht, von dieser vertragsmässigen Unterbringung des Kranken in seinem eigenen, ihm allein zustehenden Zimmer abzugehen.

Sie ist aber auch zu einer Verschiebung oder Vernachlässigung dieses Abkommens, und darin liegt das dritte Bedenken, aus baulichen Gründen meist gar nicht, oder nur sehr schwer in der Lage. Gerade mit Rücksicht auf diese alte Gewohnheit der Unterbringung sind die meisten Privatirrenanstalten so eingerichtet, dass sie fast nur über Einzelzimmer verfügen. Mögen sie im Corridorsystem oder im Villen-



styl erbaut sein, immer beherrscht das Kranken-Einzelzimmer den Bauplan und den Grundriss. Daher fast immer nur Einzelüberwachung. Und daher auch die unverhältnissmässig grosse Zahl des Wartepersonals in Privatirrenanstalten, von denen manche mehr Wärter als Kranke haben.

Sind das alles nun unüberwindliche Schwierigkeiten, wenn es sich darum handelt, eine Behandlungsmethode, die sich in den öffentlichen Irrenanstalten bewährt hat, den Kranken einer Privatirrenanstalt zugänglich zu machen? Unüberwindlich sind diese Schwierigkeiten nicht; allerdings kostet es Mühe und Geld sie zu überwinden. Aber weder die Einzelzimmer-Einrichtung der Privatirrenanstalt, noch die sociale Sonderstellung ihrer Kranken dürfen dazu führen, diesen Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen.

Wie es mir gelungen ist ihrer Herr zu werden, möchte ich hier in aller Kürze darlegen.

Nachdem die Nachrichten über die guten Erfolge der Wachsaal- und Dauerbadbehandlung an Uebereinstimmung zugenommen hatten, entschloss ich mich, diese vortreffliche Methode auch den Kranken unserer Irrenanstalt zu Gute kommen zu lassen. An geeigneten Kranken fehlte es nicht. Wohl fehlte es an grösseren Räumen. Immerhin reichten unsere grossen Einzelzimmer mit 24 Quadrat- und 93,6 Cubikmeter Raum zu Versuchen im Kleinen aus. Es wurden 2, vorübergehend auch 3 Kranke in ein solches Einzelzimmer, auch noch einer in ein damit verbundenes kleineres Einzelzimmer gelegt, und diese 3 bis 4 Kranke wurden unter die Aufsicht eines geeigneten Wärters gestellt. Abends trat die Nachtwache ihren wohlcontrollirten Dienst an. Auf diese Weise hatten wir erstens die Kranken, die früher bei Erregungszuständen in den Zellen isoliert wurden, aus diesen heraus und in ein behagliches Krankenhausmilieu gebracht, also in ihrer allgemeinen Lage ausserordentlich verbessert, dann sparten wir mindestens 1 oder 2 Wärter. Dauerbäder in unmittelbarer Verbindung mit dieser improvisirten Wachabtheilung konnten wir aus räumlichen, d. h. baulichen Gründen nicht anwenden, immerhin haben wir wiederholt solche Bäder gegeben.

Vor der erwähnten Zusammenlegung der einzelnen Kranken hatte ich mich des Einverständnisses ihrer Angehörigen versichert, das mir in fast allen Fällen bereitwillig gegeben wurde. Da, wo es versagt wurde, führte ich die Zusammenlegung dennoch durch, sofern ich sie im Interesse des Kranken für geboten erachtete, und erwarb die Indemnität für mein eigenwilliges Vorgehen später sehr leicht durch die den Thatsachen entsprechende Mittheilung, dass bei der gemeinschaftlichen Behandlung und Pflege alle die früheren fatalen Zellenangewohnheiten wie Schmieren, Schreien, Reissen etc. verschwunden waren. Einigemale lud ich nicht ganz willige Angehörige dazu ein, die gemeinschaftliche Wachabtheilung zu besichtigen, und wurde dabei durch die Frage überrascht, warum ich so etwas nicht schon längst eingerichtet hätte.

Ich hatte von vornherein nicht an dem guten Erfolg unserer improvisirten Wachabtheilungen gezweifelt, ich hatte aber nicht erwartet, dass mir die Ueberwindung der socialen Bedenken bei den Angehörigen der Kranken so leicht gelingen würde. Jetzt galt es auch die räumlichen Schwierigkeiten bei Seite zu schaffen. Das war nur durch einen Neubau möglich.

Diesem Bestreben verdanken zwei grosse Villen ihre Entstehung, eine für Herren, die andere für Damen, bestimmt zur Aufnahme von Unruhigen und Halbruhigen. Sie sind in rothem Ziegelsteinbau errichtet, haben im Erd- und Obergeschoss helle Sandsteineinfassung der Fenster, im Dachgeschoss freies Holzwerk. Die Herrenvilla hat eine bebaute Fläche von 548,42 Quadratmetern, die Damenvilla eine solche von 336,64. Die lichte Geschosshöhe ist 4,16 Meter. Beide Villen haben Centralheizung, werden von unserer eigenen mit Sauggas betriebenen Maschinenanlage electrisch beleuchtet, sind an die städtische Wasserleitung angeschlossen; ihre Abwässer gehen vorläufig nach Passirung eines Systems von Klärgruben mit chemischer Reinigung und desinficirtem Ueberlauf in Versickerungsschächte, werden aber demnächst der städtischen Canalisation zugeführt werden. Sämmtliche Krankenräume, Corridore und Treppen sind mit Linoleum belegt. In den Dauerbädern sind Porcellanwannen von Villeroy & Boch in Mettlach, in den anderen Bädern emaillirte Wannen verwendet. Im Erdgeschoss werden Unruhige, im Obergeschoss Halbruhige untergebracht; im Dachgeschoss sind einige Zimmer für ruhige Kranke, ferner Schlaf- und Tagzimmer für das Personal und Magazine. Die Wachsäle haben sehr grosse (8,50 Quadratmeter Fläche) Fenster, die absichtlich so weit nach unten reichen, dass sie allen dort im Bett liegenden Kranken den freien Durchblick über den grossen Garten bis auf die 92 Meter entfernt liegenden sehr freundlichen Rückfronten der Gebäude für die Verwaltung und für die ruhigen Abtheilungen gestatten.

Die Einrichtung der beiden Villen ist aus den beiden hier wiedergegebenen Skizzen zu ersehen, die die Grundrisse der Erdgeschosse darstellen. In beiden Gebäuden liegt der Wachsaal fast central, um ihn gruppiren sich, direct mit ihm verbunden, 3 Einzelzimmer, das Dauerbad, die Theeküche. Um gegen alle Eventualitäten geschützt zu sein, habe ich in



jedem Hause ein Isolirzimmer mit abgerundeten Ecken, fester Doppelthüre und sicherem Fenster herstellen lassen, in der Damenvilla links, in der Herrenvilla rechts neben dem Dauerbad gelegen. Das in der Herrenvilla ist bis jetzt noch nie, das auf der Damenseite einmal vorübergehend zur Verwendung gekommen. In jedem der drei Stockwerke befindet sich ausser dem Dauerbad noch ein Badezimmer mit 1 bezw. 2 Wannen. Im Obergeschoss ist der über dem Wachsaal liegende Raum als Gesellschaftssaal eingerichtet. Beide Villen sind 1903 erbaut und im März resp. October 1904 in Betrieb gestellt worden.

MAASSSTAB: 1:500

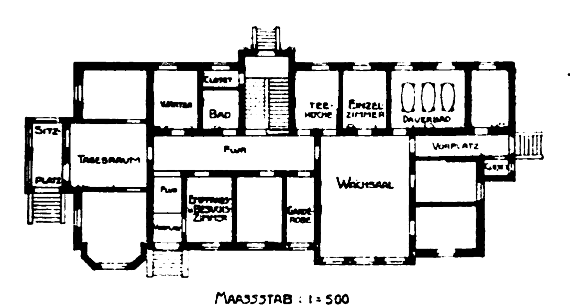
Damenvilla.

Wir haben das System der 14 tägigen Nachtwachen durch tagfreies Personal eingeführt, und sowohl wir Aerzte als auch das Personal selbst sind damit durchaus zufrieden. Der Wasserverbrauch war im ersten Etatsjahr 190 Liter auf den Kopf und Tag.

Einzelheiten über den Betrieb der Wachsaal- und Dauerbadbehandlung, über die Auswahl der dazu bestimmten Kranken u. s. w. brauche ich an dieser Stelle nicht mitzutheilen, ich will nur hervorheben, dass sich unsere Erfahrungen mit den günstigen Erfahrungen, die von allen Seiten berichtet worden sind, vollständig decken.

Um nun denjenigen, die beabsichtigen unserer Anstalt Kranke zuzuweisen, von vornherein Klarheit zu verschaffen über den durch die Wachsaal- und Dauerbadbehandlung gegen früher modificirten Betrieb, habe ich in dem gedruckten Prospect der Anstalt ausdrücklich auf diese Einrichtung und ihre Handhabung bei geeigneten Fällen aufmerksam gemacht. Diese Stelle lautet folgendermaassen:

„Die Kranken werden je nach Form und Zustand ihrer Krankheit zweckmässig untergebracht. Die Verlegung in die verschiedenen Abtheilungen erfolgt lediglich aus ärztlichen Gründen, d. h. also nur im Interesse der Behandlung und Pflege. Rücksichten auf die Pension sind hierbei gänzlich ausgeschlossen. Jeder Kranke hat ein eigenes Zimmer. Sobald aber sein Krankheitszustand die permanente Ueberwachung im Wachsaal (Bettbehandlung oder Behandlung mit Dauerbädern) nothwendig erscheinen lässt, was ja oft nur tageweise erforderlich ist, muss er sein Zimmer mit dem Wachsaal vertauschen. Bei sehr vielen, fast den meisten frischen Fällen, erweist sich gleich bei der Aufnahme diese Wachsaalbehandlung nicht nur als zweckmässig, sondern als unbedingt erforderlich und unerlässlich. Sie entwickelt gerade bei solchen Fällen ihre anerkannt grosse beruhigende und social-erzieherische Wirkung. Die Erfahrung aller Irrenärzte ist darin einig, dass dieses System der Behandlung einen gewaltigen Fortschritt gegen die frühere Zeit bedeutet: während bei dem alten System



Herrenvilla.

der Isolirung stets Unruhe und Lärm auf der Abtheilung war und die Heilung der Krankheit oft verzögert wurde, herrscht im Wachsaal Stille und heilsame Ruhe, und alle die künstlichen Zustandsverbildungen, die das Isolirsystem im Gefolge hatte, kommen durch die Wachsaal-Behandlung in Wegfall. Die Kranken sind keinen Augenblick allein und die Gegenwart des Personals sowie die der anderen Kranken übt einen in den früheren Zeiten der Isolirung nie geahnten beruhigenden und heilenden Einfluss."

Ich glaube sagen zu dürfen, dass diese Ausführungen, wenn sie auch noch so kurz sind, sowohl bei Aerzten wie bei dem Publikum aufklärend wirken; von den ersteren haben wir übereinstimmende Anerkennung über die ganze Einrichtung und ihre Handhabung erfahren, bei dem letzteren keinen Einspruch und keinen Widerstand gefunden.

Somit glaube ich den Beweis erbracht zu haben, dass auch in einer Privatirrenanstalt sich die Wachsaal- und Dauerbadbehandlung durchführen lässt, und dass die ihr dort entgegenstehenden Schwierigkeiten socialer und baulicher Art überwunden werden können.

Bei den wegen Selbstmordgefahr überwachungsbedürftigen Kranken verfahren wir ebenfalls nach dem Grundsatz gemeinschaftlicher Ueberwachung, selbstverständlich in anderen Räumen.

Mittheilungen.

— **Zur Aerztenoth an den bayerischen Irrenanstalten** schreibt die „Augsburger Abendzeitung" vom 28. XI. 1905: „Aufmerksamen Lesern unserer grösseren bayerischen Tagesblätter wird eine Häufung der Stellenangebote für Aerzte an öffentlichen Irrenanstalten aufgefallen sein. Da ihnen der Erfolg versagt blieb, war es nicht anders zu erwarten, als dass einige der diesjährigen Landräthe die Mittel erwägen mussten, die den immer bedenklicher werdenden Mangel an jungem Nachwuchs steuern könnten. Durch diese Verhandlungen hat auch die breitere Oeffentlichkeit ein gewisses Interesse an der Frage bekommen und dies um so mehr, als mit dem zunehmenden Aerztemangel der Erfolg einer der grössten Errungenschaften und dabei kostspieligsten Einrichtungen unserer Irrenanstalten bedenklich gefährdet wird. Leider zeigt das Endresultat der bezüglichen Verhandlungen, dass die Unlust des jungen Arztes zur psychiatrischen Anstaltslaufbahn mit Dingen erklärt wird, die in Wirklichkeit gar nicht als ursächliche Faktoren in Betracht kommen. Daher mag sich auch ein Hinweis auf die wahren Gründe der Aerztenoth in den Spalten einer Tageszeitung rechtfertigen.

Wie die Zahl der Anwärter auf irrenärztliche Stellen von Jahr zu Jahr abgenommen hat, beweist der Umstand, dass in letzter Zeit an den zehn bayerischen Anstalten nicht weniger als sechs, zum grössten Theile auch heute noch unbesetzte Vakanzen zu verzeichnen waren. Von Seite der Landrathsversammlungen hat man sich durch eine unverhältnissmässige Erhöhung der Anfangsgehälter Abhilfe versprochen; gerade hierin liegt aber der Hinweis auf eine Unkenntniss der an der Aerztenoth schuldigen Momente, ganz abgesehen von der für die irrenärztliche Thätigkeit grossen Gefahr, die sich ergiebt aus der mit unverdient hohen Anfangsgehältern möglichen Anlockung von Leuten, die ohne Lust zu dieser spezialistischen Thätigkeit und ohne Berücksichtigung ihrer ferneren Zukunft ein momentan gut dotiertes Unterkommen aufgreifen. Ein Bargehalt von 1500 M. und die allerorts gewährte freie Station I. Kl., die im Durchschnitt einen Werth von 650 M. darstellt, also ein Gesammtbezug von 2150 M., entspricht doch gewiss den Leistungen eines eben von der Universität kommenden, praktischer psychiatrischer Erfahrung noch völlig entbehrenden Arztes. Wozu also eine Erhöhung? Die weiter blickenden jungen Kollegen fragen sich mit Recht, warum gerade dem Psychiater so hohe Anfangsbezüge gewährt werden. Hier ahnt schon der angehende Arzt, soweit er nicht von einem guten Freund aufgeklärt ist, jenen erst nach dem Eintritt in die Anstaltslaufbahn fühlbar werdenden Umstand, den der Anstaltsarzt so bitter empfindet: den völligen Mangel günstiger Aussichten auf Avancement und materielle Verbesserung. Es giebt in der That keinen, akademisch gebildeten Männern vorbehaltenen Berufszweig, der eine so unsichere Zukunft bietet wie der des Irrenarztes; und gerade geziemte ihm, an den in körperlicher wie psychischer Beziehung so hohe Anforderungen gestellt werden, eine besondere Fürsorge. Der auf den ersten Blick so verlockende Assistenzarztgehalt steigt nur ein- oder höchstens zweimal um 150—180 M. nach 3 und 6 Jahren und die Erlangung genügend steigerungsfähiger Gehälter oder gar pragmatischer Rechte ist nicht von einem befriedigenden und zeitlich fixierten Dienstesprovisorium, sondern theils vom Freiwerden entsprechender Stellen, theils von der Genehmigung der Landräthe abhängig, die über solche Gesuche nicht generell, sondern nur von Fall zu Fall entscheiden. So kommt es, dass die Aerzte sich viele Jahre in einem annähernd gleichen Gehaltsbezug befinden, der für den Anfang ganz entsprechend ist, für später aber viel zu niedrig und besonders nicht zur Gründung einer Familie ausreicht, ganz abgesehen davon, dass nur die wenigsten Anstalten eine genügende Anzahl von Familienwohnungen besitzen. Der Direktorstellen sind wenige, sie zu erreichen ist wenigen beschieden; darum muss die Lage der unter einem Direktor thätigen älteren Aerzte derart gehoben werden, dass ihre Bezüge sie für ihre Lebensarbeit, die sie ins Interesse der Aermsten der Kranken stellten, auch thatsächlich entschädigen. Man muss den Aerzten die pekuniären Mittel und entsprechenden Emolumente, besonders Familienwohnung, zur Gründung eines eigenen Hausstandes auch innerhalb der Lebensjahre gewähren, in denen die Lust dazu noch nicht erstorben ist. Dies kann nur erreicht werden durch die Vermehrung der definitiven, mit Ruhegehaltsberechtigung ausgestatteten Stellen, in die der Arzt nach Ablauf eines etwa dreijährigen befriedigenden Dienstesprovisoriums einrücken kann. An norddeutschen Anstalten sind diese praktischen Konsequenzen schon seit einigen Jahren gezogen.

Neben diesen die materielle Lage betreffenden Punkten kommt noch eine Reihe anderer ebenfalls nicht zu unterschätzender nachtheiliger Momente in Betracht: sie können hier nur im allgemeinen angedeutet werden. Fürs erste wird, solange man den Irrenarzt in der Tagespresse nur im Zusammenhang mit Freiheitsberaubungen und ähnlichen Dingen erwähnt findet, die Lust des jungen Arztes zum Betreten dieser Laufbahn wenig geweckt werden; weiter wirkt der Mangel der geistigen Anregung an abseits gelegenen Anstalten wenig verlockend."

— **Wiesloch**. Die neue badische Heil- und Pflegeanstalt bei Wiesloch wurde, nachdem zuvor eine Besichtigung der zur Zeit fertig gestellten Gebäude durch den Herrn Ministerpräsident Dr. von Dusch und den Herrn Minister des Innern Dr. Schenkel in Begleitung einer Anzahl von höhern Staatsbeamten stattgefunden hatte, am 20. October eröffnet. Zunächst wurden eine grössere Anzahl von Kranken der stark überfüllten Emmendinger Anstalt hierher übergeführt. Künftighin sollen auch Pfleglinge der übrigen Heil- und Pflegeanstalten, insbesondere aber der Irrenklinik in Heidelberg Aufnahme finden.

Die Anstalt verfügt zunächst nur über je zwei Pavillons auf der Männer- und Frauenseite mit zusammen etwa 200 Betten.

Am Ausbau der Anstalt wird energisch weitergearbeitet, so dass voraussichtlich jährlich 100 bis 200 neue Plätze bereitgestellt werden können. Im ganzen ist die Anstalt auf etwa 1000 Krankenbetten geplant.

Hand in Hand damit soll auch die Fertigstellung der wirtschaftlichen Gebäude, der Oekonomie, schliesslich der Beamtenwohnhäuser u. s. w. gehen, so dass man hoffen kann, in etwa acht Jahren den Ausbau zu vollenden.

XXXVI. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 4. und 5. November 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke in Freiburg i. B.

Anwesend 93 Mitglieder und Gäste.

I. Sitzung am 4. November 1905. Nachmittags 2¼ Uhr. Vorsitzender: Herr Fürstner. Es werden zunächst die Referate erstattet.

1. Privatdocent Dr. Bumke, Freiburg i. B. Was sind Zwangsvorgänge?

Das Wort „Zwangsvorstellung" ist zuerst von Krafft-Ebing 1867 gebraucht worden; er wollte damit den objectiven Zwang bezeichnen, den die traurige Verstimmung auf den Inhalt des Denkens ausübt; denn das Vorstellen stehe „schon unter normalen Verhältnissen unter dem mächtigen Zwange des Fühlens und, wo dieses nur noch eine Qualität kennt, muss es ebenso mit dem Vorstellen sein." Dieses psychologische Gesetz war schon vor Krafft-Ebing bekannt gewesen und der Autor wählte den Terminus nur, um die Unfreiheit und Unzurechnungsfähigkeit der Gemütskranken hervorzuheben, weil Aerzte und Richter damals noch den Begriff der Seelenstörung im Irresein der Intelligenz aufgehen lassen wollten.

Ganz anders gebrauchte Griesinger, ohne Krafft-Ebings Arbeit zu kennen, ein Jahr später dasselbe Wort; er nannte die Fragen, die sich seinen Kranken gegen ihren Willen, trotz ihrer Ueberzeugung von der Unsinnigkeit und der krankhaften Entstehung ihrer „Grübelsucht" aufdrängten, „Zwangsvorstellungen in Frageform". Das Wesentliche dabei war für ihn, wie für Meschede und Berger, der subjective Zwang.

Gerade so fasste Westphal den Begriff auf, als er 1877 seine bekannte Definition gab, die eine rein formale, primäre „Störung der Denkthätigkeit" umschreiben sollte und den von Krafft-Ebing behandelten Thatbestand ausdrücklich ausschloss. Die Verwirrung, die heute in der Lehre von den Zwangsvorgängen herrscht, ist zum grössten Theil daraus entstanden, dass Krafft-Ebing zwar Westphal's Begriffsbestimmung anerkannte und annahm, trotzdem aber wiederholt seine eigenen angeblichen Prioritätsansprüche betonte. Und diese Ansprüche waren ungerechtfertigt, sobald sie nicht blos der Prägung des Wortes galten; „denn von dem Vorkommen selbstständiger, primärer, von jeglicher affectiver Grundlage losgelöster Erscheinungen", wie sie Westphal beobachtet hatte, hatte Krafft-Ebing früher „noch keine Kenntniss gehabt". Auf diese Weise sind zwei principiell verschiedene Störungen zusammengerufen worden, nur weil sie zufällig denselben Namen erhalten hatten.

Die Verwirrung wurde noch grösser, als man anfing das französische Wort Obsession, das ausser den Zwangsvorstellungen auch die Impulse, die Phobieen und auch die fixen Ideen umfasste, mit der deutschen Bezeichnung: „Zwangsvorgänge" synonym zu gebrauchen. Da man lange Zeit garnicht versuchte, diesem Ausdrucke durch eine Begriffsbestimmung einen bestimmten Inhalt zu geben, so wurden bald hypochondrische und melancholische Befürchtungen, Beeinträchtigungs- und Insufficienzideen Zwangsgedanken genannt. Ebenso rechnete man ohne weitere Analyse alle Phobieen zu den Zwangserscheinungen und sprach bald nicht bloss von Zwangsbefürchtungen und Zwangsangst, sondern auch von Zwangsaffecten und Zwangsstimmungen.

Nachdem dann Buccola Hallucinationen infolge von Zwangsvorstellungen hatte auftreten sehen, gebrauchte man die Bezeichnungen: Zwangshallucinationen" und „Zwangsempfindungen" (Hoestermann) ebenso wie für secundäre Sinnestäuschungen und Sensationen auch für primär auftretende, die mit dem Zwangsvorstellen nichts weiter gemein hatten als den pathologischen Zwang, der bei allen Krankheitserscheinungen wirksam ist. Deshalb die Unterscheidung von Charpentier und Séglas zwischen der obsession hallucinatoire und der hallucination obsédante. — Aehnlich ist die Entwicklung gewesen, die der Begriff der „Zwangshandlung" durchgemacht hat. Ursprünglich war damit das durch subjectiv als solche empfundene Zwangsantriebe bestimmte Thun gemeint; nachdem aber das Wort Zwang im Sinne des objectiven Zwanges gebraucht wurde, rechnete man ganz naturgemäss die abnormen Triebe (Dipsomanie), die Hemmungen und Idiosynkrasieen, die Tics, die sexuellen Perversionen und schliesslich sogar die hysterischen Einbildungslähmungen und Krämpfe zu den Zwangserscheinungen.

Durch die Arbeiten von Janet, Löwenfeld, Warda und Friedmann, durch die die verschiedenen Forschungsrichtungen zu einem gewissen Abschluss gebracht sind, ist es erleichtert worden, heute zur Frage der Zwangsvorgänge Stellung zu nehmen.

Der Versuch, hier Grenzlinien zu ziehen, muss, da Krafft-Ebing sie acceptiert hat, von Westphal's Definition ausgehen, und deren wesentliche Merkmale waren: 1. Die Unverdrängbarkeit der Vorstellungen und das subjective Gefühl des Zwanges, das sie beim Kranken hervorriefen. 2. Die Abwesenheit eines gefühls- oder affectartigen Zustandes. 3. Das Erhaltenbleiben der Kritik.

Die Eigenschaft des Zwanges, der Immobilität allein reicht, wie gegenüber Löwenfeld betont werden muss, deshalb nicht aus, um die Zwangsvorgänge zu charakterisiren, weil auch Wahnvorstellungen, namentlich melancholische, und ausserdem eine ganze Reihe von andern, bei Gesunden auftretenden Ideen, dasselbe Gefühl des subjectiven Zwanges hervorrufen können. Solche Gedanken, deren aufdringlichen Charakter jeder kennt, sind vor allem die „abschlussunfähigen Vorstellungen" des Zweifels, der Sorge, der

Erwartung. (Friedmann). Die einzige Eigenschaft, die diese Ideen, die ferner gewisse subjectiv als lästig empfundene Wahnvorstellungen, und endlich die überwertigen und die autochthonen Ideen mit den Zwangsvorstellungen Westphal's gemein haben, ist aber schon von Stricker in dem ganz eindeutigen Wort „dominirende Vorstellung" zum Ausdruck gebracht worden.

Wollen wir unter Zwangsvorstellung etwas anderes Prägnanteres verstehen, so werden wir uns erinnern müssen, dass die Ursache des Dominierens meist in der Gefühlsbetonung der Vorstellungen liegt; nur die Zwangsvorstellungen Westphal's und die autochthonen Ideen Wernicke's machen darin eine Ausnahme. Wir müssen deshalb das positive Kriterium des Zwangsvorstellens, das der Immobilität, durch das negative einschränken, dass dem Zwang eine Stimmungsanomalie oder die Gefühlsbetonung der Ideen nicht zu Grunde liegt.

Um nun die Zwangsvorstellungen auch gegen die autochthonen Ideen abzugrenzen, werden wir die von Wernicke betonte Thatsache heranziehen dürfen, dass diese stets nach aussen projiciert, auf Beeinflussung von aussen zurückgeführt werden, jene, die Zwangsideen, aber nie in diesem Sinne als fremdartig beurtheilt werden. Deshalb führt das Zwangsvorstellen i. a. nicht zur Wahnbildung, die eine nothwendige Folge der autochthonen Ideen ist.

Der Unterschied liegt in einem verschiedenen Verhalten der Kritik: Der Zwangsvorstellungskranke erkennt seine Ideen stets als eigene an, hält sie nicht für „gemacht". Meistens beurtheilt er sie zudem auch als krankhaft entstanden und als inhaltlich falsch; nur auf der Höhe der Angst geht dieser Theil der Kritik zuweilen verloren. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass zwischen Zwangsvorstellungen, überwerthigen und autochthonen Ideen Uebergänge vorkommen (Wernicke).

Wenn wir somit definieren: „Zwangsvorstellungen sind Vorstellungen, die ohne dass ihre durchschnittliche oder durch die Stimmung des Kranken verstärkte Gefühlsbetonung das erklärt, unter dem subjektiven Gefühl des Zwanges in das Bewusstsein treten, sich durch Willensanstrengungen nicht verscheuchen lassen und deshalb den Ablauf der Vorstellungen hindern und durchkreuzen, obwohl sie vom Kranken stets als ohne Grund dominierend und somit auch als inhaltlich falsch und als krankhaft entstanden erkannt werden", so ist das die Westphal'sche Begriffsbestimmung in etwas anderer Formulierung; und die mag durch die Missverständnisse gerechtfertigt werden, welche die ursprüngliche Fassung erfahren hat.

Wollen wir diese Auffassung auf die Zwangsvorgänge übertragen, so werden wir dabei von dem Begriff des Zwanges ausgehen müssen; und für uns handelt es sich dann nicht um den Zwang überhaupt, sondern um den, der vom Kranken empfunden und als abnorm und unmotiviert erkannt wird.

Daraus folgt ohne weiteres, dass den Zwangsvorstellungen Zwangsempfindungen, Zwangshallucinationen, Zwangsaffekte und Zwangsstimmungen als gleichwerthige Störungen nicht an die Seite gestellt werden können; denn unseren Sinneswahrnehmungen und unseren Gemüthsbewegungen gegenüber haben wir niemals das Gefühl der Freiheit, das unser Denken begleitet; Zwangshandlungen aber sind für unsere Auffassung, wie eine einfache Ueberlegung lehrt, Handlungen infolge von Zwangsvorstellungen und zwar sowohl dann, wenn Zwangsantriebe in die That umgesetzt werden, als wenn das Thun die Beseitigung einer in der Zwangsidee vorgestellten Situation bezweckt. Uebertragen wir diese Beurtheilung des „Zwangshandelns" auf alle Zwangsvorgänge, so würden wir definieren müssen: Zwangsvorgänge sind erstens Zwangsvorstellungen und zweitens alle psychischen Vorgänge, die aus diesen unmittelbar entstehen. Danach würden bei allen Zwangssymptomen Zwangsgedanken im Spiele sein, und unter diesem Vorbehalte könnte man dann auch die Hallucinationen, die in Folge dieser Ideen secundär auftreten, „Zwangshallucinationen" nennen.

Von den Phobien würden nur diejenigen unter die Begriffsbestimmung fallen, die wie die Schmutzfurcht auf eine Zwangsvorstellung zurückzuführen sind; bei den Fällen von Platzangst dagegen, die Westphal beschrieben hat, handelte es sich um eine primär auftretende Empfindung, also nicht um eine „Zwangserscheinung". Auch diese Unterscheidung stammt von Westphal, der freilich die Fälle von „Platzangst" noch nicht kannte, bei denen die Idee des Nichtkönnens der Angst voraus ging und die deshalb zu den Zwangsvorgängen gehören.

Von den Zwangshandlungen sind nach Hoche's Vorgang die Impulse zu trennen, bei denen „Das Gefühl des wider Willen und besseres Wissen gezwungen werden" fehlt; ebenso natürlich die Hemmungen und Triebe, bei deren Entstehung echte Zwangsgedanken nicht nachweisbar sind.

Der beste Beweis dafür, dass eine andere und speciell eine weitere Fassung des Begriffs der Zwangsvorgänge als wie die hier durchgeführte, nicht aufrecht erhalten werden kann, liegt in der Thatsache, dass keine der sehr zahlreichen Theorien, die diese Vorgänge erklären sollten, für alle Symptome, die z. B. in Löwenfeld's Monographie künstlich vereinigt sind, zutrifft; insbesondere versagen dem von Westphal beschriebenen Thatbestand gegenüber alle Hypothesen, die eine emotive Grundlage der Zwangserscheinungen annehmen; denn in diesen Fällen handelt es sich um eine primäre Denkstörung, die entweder auf eine Aufmerksamkeits- oder aber auf eine Willensstörung zurückgeführt werden muss. Die Erklärungsversuche aber, die den Gehirnzustand der Zwangsvorstellungskranken im Auge haben, sind überhaupt nicht geeignet als Abgrenzungsprincip zu dienen; der Ausdruck „reizbare

Schwäche des Gehirns" z. B. umschreibt doch nur eine ganz allgemeine Disposition zu nervösen Erkrankungen überhaupt. Die klinischen Gründe endlich, die nach der Ansicht mancher Autoren eine andere Gruppierung der Symptome als die hier versuchte, rechtfertigen sollen, sind deshalb nicht stichhaltig, weil keine der Zwangsvorstellungspsychosen oder -Neurosen, die als angeblich einheitliche Krankheitsbilder aufgestellt sind, von anderen Formen der ererbten Entartung oder aber der erworbenen Neurasthenie scharf getrennt werden können. Freilich ist es möglich, dass die Obsessions der Franzosen in dem Sinne zusammengehören, in dem sie von Magnan und jetzt von Janet vereinigt sind, und die Zwangsvorstellungen würden dann gewiss dazu gerechnet werden müssen. In diesem Falle aber wäre es zweckmässiger, nach dem Vorgange von Möbius das Wort „Besessenheit" in die deutsche psychiatrische Sprache zu übernehmen, als etwa für die von Westphal beschriebene Störung ein neues Wort zu erfinden. Und das wäre dann deshalb nothwendig, weil an ihrer psychologischen Sonderstellung nicht gezweifelt werden kann. (Die ausführliche Veröffentlichung erfolgt in Hoche's Sammlung zwangloser Abhandlungen aus dem Gebiete der Nerven- und Geisteskrankheiten. — Halle, Marhold.)

Autoreferat.

2. Privatdozent Dr. Rosenfeld-Strassburg. Die klinische Bedeutung der Zwangsvorgänge.

Jeder psychische Akt kann im Verlauf einer Psychose den Charakter eines unwiderstehlichen Zwanges annehmen. Dies giebt aber noch nicht die Berechtigung, die so gearteten Symptome unter die Zwangsvorstellungen im Sinne der Westphal'schen Definition zu rechnen. In Fällen, welche verschiedene psychische Symptome bieten, kann man nicht wissen, ob die unter der Erscheinung des Zwanges auftretenden Vorstellungen oder Impulse auf demselben Wege zu Stande kommen wie die echten Zwangsvorstellungen. Der Mechanismus jeder unter einem Zwange auftretenden Vorstellung kann bei jeder Psychose ein anderer sein. Die klinische Diagnose der Fälle erscheint deswegen wichtig, wenn nicht ausschlaggebend dafür, ob man ein psychisches Symptom, welches zwangsartig auftritt, zu den Westphal'schen Zwangsvorstellungen rechnen darf oder nicht. Hoche sagt deswegen auch in seinem Handbuch, dass es gut sein wird zur Abgrenzung und Definition des Begriffes Zwangsvorstellung nur solche Fälle heranzuziehen, in welchen die Zwangsvorstellungen die einzige oder doch hauptsächlichste Anomalie waren.

Die Fälle, in denen Zwangsvorstellungen beobachtet wurden und die deswegen das Interesse auf sich zogen, waren klinisch durchaus nicht immer gleichwerthig. Wernicke bestreitet überhaupt die Existenz von Fällen, welche ganz ohne andere psychische Symptome verlaufen. Fälle ohne Affektschwankungen giebt es bei ihm nicht. Wernicke sagt, dass es nur dann konsequent wäre von einer Zwangsvorstellungsneurose zu sprechen, wenn man einerseits damit die degenerative Aetiologie und andererseits die Zugehörigkeit der Elementarsymptome zu der Breite des psychisch Normalen kennzeichnen will.

Als Kriterium der Zwangsneurose gegenüber der Zwangspsychose können nach Wernicke noch folgende Momente dienen: Das Vorhandensein des Affektes, der Umstand, ob die Handlungen der Patienten durch die Vorstellungen beeinflusst werden, und schliesslich die Reichhaltigkeit und der Inhalt der Vorstellungen. Binswanger hebt die Bedeutung der Affekte für das Zustandekommen der Zwangsvorstellungen der Neurastheniker hervor und vergleicht sie mit den noch nicht als abnorm zu bezeichnenden Befürchtungen Gesunder. Jastrowitz betonte, dass auch da, wo die Vorstellungen ganz plötzlich auftauchen, aus der Anamnese zu erfahren ist, dass vorher die Gemüthslage der Kranken geändert ist. Morel, Pitres und Regis betonen, dass die Emotion die Hauptrolle bei den Zwangsvorstellungen spiele. Kraepelin fasst alle Fälle, welche vorwiegend mit Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen einhergehen wohl unter dem Namen des Zwangsirreseins zusammen, aber er giebt auch zu, dass eine scharfe Abgrenzung der Krankheit nur eine scheinbare ist, dass vielmehr auch andere Theile der Psyche mit betroffen sind. Die Abgrenzung der Zwangsbefürchtung von der allgemeinen Aengstlichkeit ist oft unmöglich. Binswanger weisst schliesslich darauf hin, dass, obwohl die Definition Westphal's eine intakte Intelligenz bei Neurasthenikern mit Zwangsvorstellungen voraussetze, pathologische Reiz- und Hemmungszustände auf intellectuellem Gebiete — also formale Störungen der Denkthätigkeit vorkommen. Er erklärt bei Neurasthenikern die Entwicklung der Zwangsvorstellungen aus der Erschwerung aller komplicirter logischer Denkvorgänge. Diese werden durch gesteigerte Ermüdungsempfindungen sehr qualvoll. Die nosologische Stellung der Zwangsvorstellungen und ihre Eintheilung nach ihrer psychologischen Constitution muss nach alledem auf beträchtliche Schwierigkeiten stossen. Mendel, Falret und Tuczek treten für das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Gesunden ein. Mendel spricht von physiologischen Zwangsvorstellungen, welche aber als pathologisch zu bezeichnen sind, sobald schwere Angstzustände mit somatischen Störungen hinzukommen. Vielleicht schliessen sich hier am besten die Fälle an, in welchen durch eine acute Schädigung der körperlichen oder psychischen Widerstandsfähigkeit Zwangsvorstellungen sich ausbilden und wieder weichen können, wenn die Schädigung beseitigt wurde.

Am häufigsten kommen Zwangserscheinungen bei Neurasthenikern vor und zwar nicht nur in Fällen, welche hereditär belastet sind. Von solchen Neurastheniefällen, in denen die Zwangserscheinungen nur rudimentär vertreten sind, bis zu solchen Fällen, wo dieselben vollkommen dominieren, giebt es zahllose Uebergänge und die Abgrenzung einer Zwangsvorstellungserkrankung von der Neurasthenie mit Zwangsvorstellung hat seine Schwierigkeit. Charcot nimmt an, dass die schweren Phobien der Neurastheniker durch die Heredität bedingt sind, und er rechnet die leichten Angstzustände und Phobien zu den Symptomen der Neurasthenie. Auch nach Binswanger und Krafft-Ebing fallen die einfachen Angstzustände und Phobien unter die neurasthenischen Störungen.

Phobien können als Vorläufer neurasthenischer Beschwerden auftreten.

Bei Hysterie finden sich nach verschiedenen Autoren auch Zwangsvorstellungen. Janet sucht einen Unterschied zu machen zwischen den Zwangsvorstellungen der Hysterischen und derjenigen der Neurastheniker. Erstere sollen auf einem mehr emotionellen und suggestiven Wege zu Stande kommen, während der Ursprung der letzteren ein endogener ist. Wenn Löwenfeld sagt, dass er keinen Unterschied zwischen den Zwangserscheinungen der Hysterischen und der Neurastheniker finden kann, so liegt das zum Theil wohl an der weiteren Fassung des Begriffes der Zwangsvorgänge. Bei Kraepelin spielen die Zwangsvorstellungen bei Hysterischen keine beträchtliche Rolle, falls man nicht die sogenannten Dauerformen unbewusster Fortwirkungen (Krehl), als solche anerkennen will. Inhaltlose Angstanfälle mit Impulsen finden sich bei Hysterischen auch nach Anfällen. Sie dürfen aber nicht den Zwangsvorstellungen in unserm Sinne zugezählt werden.

Die Prognose der Fälle mit dominierenden Zwangserscheinungen in unserm Sinne ist eine unsichere. Es giebt Fälle, in denen die Störungen schon im jugendlichen Alter auftreten und um die Zeit der Pubertät wieder schwinden. In andern Fällen nehmen die Zwangserscheinungen um die Zeit der Pubertät zu. Plötzliches Schwinden und rasche Verschlimmerung werden beobachtet. Die Periodicität ist sehr auffällig. Die Schwere eines Falles hängt absolut nicht von der Zahl der vorhandenen Vorstellungen ab. So kann die isoliert bestehende Berührungsfurcht dem Kranken viel peinlicher sein, als eine ganze Reihe von Vorstellungen. Grübelsucht, Zweifelsucht, Berührungsfurcht geben nach dem Urtheil erfahrener Autoren die schlechteste Prognose. Der Ausgang von echten Zwangszuständen in Verblödung wird geläugnet. Marie und Vigouroux geben aber einen eigenthümlichen Zustand an, welchen sie als démence speciale bezeichnen und der aus jahrelang bestehenden Zwangsvorstellungen sich entwickeln soll. Auch Krafft-Ebing kennt derartige Zustände, ebenso Löwenfeld. Der Fall, welchen L. anführt, gerieth in völlige Unthätigkeit und Interessenlosigkeit und verbrachte den Tag in stumpfem Hinbrüten. Ein Uebergang des Leidens in andere psychische Störungen kommt nach Kraepelin nicht vor. Löwenfeld erwähnt, dass, wenn zu den psychischen Zwangserscheinungen sich andere Symptome gesellen, dieses zumeist ganz frühzeitig und nicht erst nach jahrelangem Bestehen der Zwangsvorstellungen geschieht. In keinem seiner Fälle, in denen längere Zeit Zwangsvorstellungen und Phobien bestanden haben, traten andere Psychosen auf, abgesehen vielleicht von depressiven Zuständen. Koch sprach die Ansicht aus, dass die Zwangszustände eher vor dem Eintreten einer Psychose schützen, und Löwenfeld meint, dass sich die psychologische Disposition bei den an Zwangszuständen Leidenden in diesen zumeist erschöpft und dadurch dem Individuum eine gewisse Sicherung gegen schwerere Störungen gegeben wird. Ob diese Auffassung richtig ist, erscheint fraglich. Die Thatsache besteht zurecht, dass Uebergänge älterer Fälle von Zwangsvorstellungen in andere Psychosen nur selten oder gar nicht vorkommen.

Die häufige Coincidenz der echten Zwangsvorstellungen mit dem neurasthenischen Angstaffekt und den Hemmungszuständen der Neurastheniker macht es von vornherein wahrscheinlich, dass sympathische Zwangsvorstellungen bei Psychosen mit depressiver Stimmung und Hemmung, aber ohne andere Störungen auftreten können. Hier wird der emotionelle Zustand oder die Hemmung die Quelle der Zwangsvorstellungen, die inhaltlich der Stimmung entsprechen. Wegen dieser Congruenz der Vorstellungen mit der Stimmung nennt Warda dieselben mit einem besonderen Namen, obsedierende Vorstellungen. Löwenfeld berichtet über eine leichte periodische Depression mit der Zwangsbefürchtung der Gravidität, weil die Menses einmal ausblieben. Kraepelin schildert Fälle von manisch-depressivem Irresein, welche wider ihren Willen grübeln mussten, sich mit der Ausmalung unangenehmer Bilder beschäftigten und an religiöse Darstellungen obscöne Vorstellungen anknüpfen mussten. Echte Zwangsvorstellungen konnte der R. in 2 Fällen von periodischer Depression beobachten. Ueber das Vorkommen von Zwangsvorstellungen bei Paralyse, Alkoholismus, Idiotie und Imbecillität liegen nur spärliche Beobachtungen vor. Bei Epilepsie sind auch Zustände als Zwangsvorstellungen beschrieben worden (Mendel, Löwenfeld). Die senile und arteriosclerotische Involution kann zum Auftreten von Zwangsvorstellungen führen. Ueber das Vorkommen von echten Zwangsvorstellungen im Verlauf der Dementia praecox und der Paranoia ist nicht viel sicheres zu sagen. Dass nach einem, durch Zwangvorstellungen wohl charakterisierten Vorstadium später paranoische Wahnideen auftreten, ist noch nicht bewiesen. Die im Verlauf einer Paranoia vorkommenden incohärenten Vorstellungen können eine Art Grübel- und Fragesucht auslösen, welchen der Kranke mit einer gewissen Kritik gegenüberstehen kann. Die Abgrenzung dieser Symptome von den echten Zwangsvorstellungen wird jedoch in den meisten Fällen nicht auf Schwierigkeit stossen, wenn man die übrigen klinischen Symptome berücksichtigt.

R. erörtert dann noch die forensische Bedeutung der Zwangsvorstellungen und Zwangsbefürchtungen, welche nach den bis jetzt vorliegenden Mittheilungen eine äusserst geringe ist. Die auf Zwangsvorstellungen beruhenden Zwangshandlungen müssen von den impulsiven Handlungen abgetrennt bleiben.

Die ausführliche Veröffentlichung des Referates erfolgt in Hoche's Sammlung zwangloser Abhandlungen. Halle, Marhold. Autoreferat.

(Fortsetzung folgt.)

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 38. 16. Dezember. 1905.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Dauernachtwache.

Das allgemeine Interesse, das jede Irrenanstalt für den Nachtdienst nehmen muss, und das besondere Verlangen, die bestmöglichste Form für die eigene Anstalt zu gewinnen, hat vor einiger Zeit den Gefertigten zu einem Rundschreiben in dieser Angelegenheit veranlasst, um aus den Ergebnissen zweckmässige Anhaltspunkte zum eigenen Handeln zu erlangen. Von den ausgesendeten 90 Schreiben fanden 86 eine eingehende Erwiderung. Sicherlich ein beredtes Zeugniss für das grosse Interesse an dieser Frage. Zum Danke für das freundliche Entgegenkommen und angeregt durch mehrere Anfragen, wo und wann das Resultat dieser Rundfragen veröffentlicht wird, hat der Gefertigte im Folgenden das Ergebniss geordnet und zugleich mit den Erfahrungen der Dauernachtwache in Mauer-Oehling verknüpft, die auf Grundlage des Rundschreibens hier seit 1. Januar 1905 eingeführt wurde.

Das Rundschreiben (vom Februar 1904) wurde an Irrenanstalten — öffentliche und private —, psychiatrische Kliniken und allgemeine Spitäler versendet und enthielt folgende Fragen:

1. Besteht Nachtwache in Ihrer Anstalt?
2. Auf welchen Abtheilungen und bei welchen Kranken?
3. Ist die Nachtwache ganz oder halbnächtig oder sonst wie eingerichtet?
4. Ist eigenes Nachtwachpersonal angestellt, welches sonst keinen anderen Dienst verrichtet, oder sind alle Pflegepersonen abwechselnd in den Nachtdienst eingestellt?
5. Welche Kontrolle besteht für die Dienstleistungen während der Nachtwache?
6. Erhält das Pflegepersonal während der Nachtwache irgend welche Kostzubussen oder andere Zulagen?
7. Hat die abtretende Nachtwache am folgenden Tage Dienst zu leisten und welchen?
8. Wenn eigenes Nachtwachpersonal für die ganze Nacht besteht, wo schläft dasselbe tagsüber?
9. Was hält der Referent von der eigenen Nachtwache und welche Form scheint ihm die beste?
10. Besteht Schichtwechsel auch für die Dienstleistungen während des Tages?

Die Antworten der 18 allgemeinen Spitäler haben nichts verwerthbares für Irrenanstalten ergeben, weshalb dieselben im Folgenden auch nicht weiter berücksichtigt werden sollen. Es bleiben somit 68 Referate, die fast alle neueren und hervorragendsten Anstalten umfassen und deren Ausführungen vielfach die gestellten Fragen weit überholten, indem sie neben der eigentlichen Beantwortung der vorliegenden Punkte die ganze Angelegenheit mehr oder weniger einer Untersuchung unterzogen.

Ich will nun zunächst die einzelnen Antworten selbst in ihrer Verschiedenheit oder Gleichheit Punkt für Punkt folgen lassen, dieselben lauten:

Ad 1. Durchweg bejahend. Eine Anstalt ohne Nachtwache scheint es also nicht mehr zu geben. Ihre Anzahl ist in den einzelnen Anstalten verschieden. Je nach Art und Grösse der Anstalten findet man 2, 4, 6, 8 Wachstationen und auch mehr. Fast zumeist ist Krankennachtwache bloss auf Krankenbewachung gerichtet und ständig auf eine und dieselbe Abtheilung beschränkt. Aber es giebt noch Anstalten, wo die Gebietsnachtwache zugleich die eine oder die andere Kranken-Abtheilung zu begehen hat, oder wo eine Person mehrere Abtheilungen bewachen muss, und in diesem Falle mit Recht „Laufnachtwache“ genannt wird.

Ad 2. Welche Kranke als der Nachtwache bedürftig erkannt werden, hängt natürlich vielfach von der Zahl der Wachposten ab. In wenigen Anstalten werden nur die Unruhigen überwacht, sonst heisst es meist Unruhige und Ueberwachungsbedürftige, wobei



der letztere Ausdruck bald mehr bald weniger umfangreich aufgefasst wird.

In den bestdotirten Anstalten werden nicht bloss alle Aufnahmen, Erregte, Selbstmordsüchtige und Unreine dauernd überwacht, sondern auch die Halbruhigen, Gebrechlichen, Gelähmten, körperlich Kranken und Epileptiker.

Meist ist zur Nachtwache nur 1 Person bestimmt, aber auf den Abtheilungen für Unruhige und Unreine findet man auch öfters Doppelnachtwachen aus Gründen der Sicherheit und besseren Pflege. In der Strafanstalt Waldheim sind sogar 3 Personen auf einer Abtheilung genannt. Die Zahl der Kranken auf einer Wachabtheilung variirt in der Regel zwischen 18 bis 30 und überschreitet nicht 40.

Ad 3. Die Nachtwache ist entweder ganz oder halbnächtig und zwar giebt es mehr ganz als halbnächtige Wachen. Ihr Verhältnis zu einander stellt sich etwa wie 6 : 4.

Einmal ist auch von einer zweistündigen Wache die Rede.

Die ganznächtige dauert meist von 8, 9 oder 10 Uhr abends bis 5 oder 6 Uhr früh. Die halbnächtige wechselt um 1, $^1/_2$ 2 oder 2 Uhr. Ihr Beginn respective Ende fällt mit der Zeit der ganznächtigen Wache zusammen.

Ad 4. In etwa 30 Anstalten besteht bereits Dauernachtwache, auch Schottische Nachtwache genannt, wo dasselbe Personal durch längere Zeit nur den Nachtdienst auf denselben Abtheilungen versieht. In den genannten Anstalten ist diese Art Nachtwache entweder auf allen Abtheilungen schon eingeführt, oder nur bei der Unruhigen, oder nur auf einer Seite. Sonst besteht Wechselnachtwache.

Die Dauernachtwachen wechseln zumeist nach einem Monat, aber es erfolgt ein Wechsel auch schon nach einer Woche und kann selbst $^1/_2$ Jahr und darüber sich ausdehnen.

Zur Dauernachtwache werden in der Regel nicht alle Pflegepersonen herangezogen, sondern nur die älteren, und meist wird die Nachfolge der freiwilligen Meldung überlassen.

In einer Anstalt werden nur die Stationspfleger zur Nachtwache verhalten.

In einer anderen wird 1 monatliche Dauernachtwache nur auf jenen Abtheilungen eingeführt, wo das Pflegepersonal öfters als jede 6. Nacht zum Nachtdienst darankäme.

Ad 5. Zur Kontrolle dienen fast ausschliesslich Kontrollapparate (Uhren, tragbare oder fixe oder elektrische Einrichtungen), wo alle 10 Minuten bis zu einer Stunde zu markiren ist. Ausserdem wird häufig gelegentlich durch Oberpflegepersonen und Aerzte die Kontrolle ergänzt. Es giebt aber auch noch Anstalten, wo bloss durchs Oberpflegepersonal die Kontrolle ausgeübt wird.

Ad 6. Für den Nachtdienst, gleichgültig ob Dauer- oder Wechselnachtdienst, sind fast überall Zulagen vorgesehen. Dieselben bestehen in besserer Abendkost, oder Thee, Kaffee, belegtes Butterbrot, Käse, Milch, Wurst, Speck, Wein, Bier, in den mährischen Anstalten erhalten die Pfleger ein Päckchen Tabak, in 4 Anstalten wird Geld gegeben. Nur in 2 erhalten sie nichts.

Ad 7. Die Dauernachtwache ist immer ganznächtig und von allen Tagesdiensten befreit.

Die Wechselnachtwache ist ganz- oder halbnächtig und meistens erleidet dabei der Tagdienst keine Unterbrechung. Auch gewähren einige Anstalten vor Antritt der Wache den vorangehenden Nachmittag oder die Zeit von 6—9 Uhr Abends zum Schlafen frei, oder es wird nach dem folgenden Mittagessen einige Stunden oder den ganzen Nachmittag frei gegeben.

Ad 8. In 2 Fällen schläft bei ganznächtiger Wache das Personal in eigenen Häusern, sonst in eigenen Pfleger- oder abgelegenen ruhigeren Krankenzimmern. Bei Dauernachtwache schlafen die Wachhabenden, wenn sie verheirathet sind, mehrmals auch bei ihren Familien daheim.

Ad 9. Begreiflicherweise sind die Referenten mit den bestehenden Einrichtungen meist zufrieden. Aber es fehlt auch nicht an Stimmen, die der Dauernachtwache uneingeschränkt den Vorzug geben, namentlich geschieht dies dort, wo bereits Dauernachtwache entweder durchwegs oder theilweise eingeführt ist. Doch auch da, wo noch die ältere Wechselwache existirt, wird der Dauernachtwache das Wort gesprochen und einbekannt, dass es nur die äusseren Verhältnisse (Mangel an Pflegepersonale oder Fehlen eines geeigneten Schlafzimmers) sind, die ihre Einführung bisher verhinderten.

Ich will zur Illustrirung einige von den eignen Ausdrücken in den Antworten folgen lassen.

Troppau: Eigenes Nachtwachpersonal wäre das beste. Zschadrass ist mit Dauernachtwache zufrieden, möchte aber noch mehr Nachtwache einführen. In Rybnik hat sich diese Wache (Dauernachtwache) am besten bewährt. Die Wachen kennen den Kranken besser als früher. Der mitternächtige Wachenwechsel stört öfters die Kranken. Gabersee strebt Dauernachtwache an. Karthaus-Prüll hält eigene Wache für unentbehrlich. Dziekanka hält die Dauernachtwache für die beste. Gewöhnung



am Tage zu schlafen tritt sehr schnell ein. Wachen kennen die Kranken besser. Unsauberkeit, Druckbrand hat entschieden nachgelassen. München hat nur wegen Raummangel (betrifft eben noch die alte Anstalt) die schottische Nachtwache noch nicht eingeführt. Frankfurt a. M hat seit 8 Jahren Dauernachtwache. Hält Nachtwache nur in dieser Form durchführbar. Tost hat gute Erfahrungen mit Dauernachtwache gemacht. Gehlsheim ist mit Dauernachtwache zufrieden. Personal schläft ausserhalb der Anstalt. Bonn hält Dauernachtwache für das beste. Lauenburg nimmt Dauernachtwachen in Aussicht. Plagwitz hält sie für unentbehrlich, ist die beste Nachtwache. Dalldorf: Dauernachtwache ist zweckmässig, während zum Beispiel Verwendung des Pflegepersonals von Ruhigen-Abtheilung zur Nachtwache auf Unruhigen-Abtheilungen nicht zweckmässig ist. In Herzberge hat sich die Dauernachtwache als practisch erwiesen u. s. w.

Neben diesen ziemlich vielen ausgesprochenen und uneingeschränkten Lobreden auf die Dauernachtwachen finden sich nur 4 Anstalten mit zweifelhaften oder absprechenden Erfahrungen. Konradstein hat den Versuch mit Dauernachtwache auf der Männer-Abtheilung aufgeben müssen, als die Wachen sich häuften, hält die Dauernachtwache aber durchführbar, wenn besonderes Personal vorhanden wäre. Von der Frauen-Abtheilung wollte sich niemand hergeben. Personal am Tage nicht dienstfrei. Düren: Dauernachtwache nicht bewährt. Bummeln und Liebeleien der Pflegepersonen nahmen zu. In Maxglan(?) hat sich die Dauernachtwache ganz und gar nicht bewährt. In Sternberg war die Einführung von eigenen Nachtpflegepersonen nicht durchführbar, weil die Nachtpfleger stets nach kurzer Zeit versagten. Eine nähere Begründung war in diesen beiden Fällen nicht angegeben.

Ad 10. Die Frage nach dem Bestehen von Schichtwechsel wird fast allgemein mit Nein beantwortet, und nur vereinzelt findet sich die Bemerkung von Tag zu Tag, von Monat zu Monat oder ½ Jahr zu ½ Jahr. Nur in 3 Fällen besteht 4stündiger und in einem Falle 2stündiger Wechsel.

Auf Grund dieser Erfahrungen wurde nun in Mauer-Oehling selbst mit 1. Januar 1905 für 6 Wachposten Dauernachtwache eingeführt und zu diesem Zwecke vom n.-ö. Landes-Ausschusse 4 Pflegepersonen mehr bewilligt.

Dieselbe ist folgendermaassen organisirt. Die Pflegepersonen melden sich freiwillig für 1 Monat zum Nachtdienste auf einer und derselben Abtheilung. Sie treten um 9 Uhr abends den Dienst an, der im Sommer bis 5 Uhr, im Winter bis 6 Uhr früh dauert. Sie nehmen dann ihr Frühstück und legen sich zu Bette. Als Schlafzimmer dient für die Pflegerinnen ein Mansardenzimmer, für die Pfleger eine abgelegene Zelle. Die Pflegepersonen müssen bis Mittags 1 Uhr schlafen, dann sind sie frei und können, ohne sich irgendwo melden zu müssen, hingehen, wohin sie wollen. Um 7 Uhr Abends müssen sie zum Abendessen daheim sein und daheim bleiben, das heisst innerhalb der Anstalt bis zum Antritt des Dienstes.

Die freien Nachmittage benützen die Pfleger zumeist zu Ausgängen. Manche schlafen auch noch die eine oder andere Stunde. Obwohl sie bei ihren Ausgängen Gasthäuser besuchen, ist noch niemals jemand betrunken nach Hause gekommen. Die Pflegerinnen gehen seltener aus. Sie beschäftigen sich gerne mit Handarbeiten und schlafen meist auch länger mittags.

Für die Nacht erhalten sie als Kostzulagen
0,3 l schwarzen Kaffee (oder Milchkaffee),
10—12 dkg Wurst oder Butterbrod,
1 Semmel
und Brot nach Bedarf.

Die Ingredienzen zum Frühstück erhalten sie schon am Abend, damit sie sich gleich nach Beendigung des Nachtdienstes das Frühstück selbst bereiten können, und nicht erst auf das allgemeine Fühstück warten müssen.

Die Pflegepersonen sind insgesammt mit der neuen Einführung sehr zufrieden. Für die Dauernachtwache selbst erhellt dies ohne Weiteres dadurch, dass es bis jetzt noch niemals an Freiwilligen gemangelt hat. Im Gegentheile, viele wollten einen weiteren Monat den Nachtdienst auf sich nehmen, was abgewiesen werden musste, weil andere auch daran kommen wollten. Für alle übrigen Pflegepersonen war der Vortheil ein sofortiger. Erstens konnte ein Theil älterer Pflegepersonen überhaupt von allem Nachtdienst befreit werden und zweitens konnte der früher 3tägige Nachtdienst in einen 5tägigen Nachtdienst umgewandelt werden, correspondirend mit dem 5tägigen Ausgang von 1—9 Uhr.

An das Schlafen gewöhnen sich die Pfleger alsbald. Es ist bisher in der Hinsicht eine Ausnahme nicht beobachtet worden. Auch das körperliche Befinden hat bei keinem subjectiv gelitten. Unter 27 Frauen haben 8 zugenommen; 7 haben um 1 bis 4 kg abgenommen; die übrigen sind gleich geblieben. Unter 37 Männern haben 15 zugenommen; 1 hat abgenommen; die übrigen sind gleich geblieben,

Hierbei möge auch folgendes merkwürdige Vorkommniss erwähnt werden:

Ein Pfleger meldete sich dringlich wiederholt zur Nachtwache. Darüber befragt, äusserte er, wenn er Nachtwache macht, fühle er sich wohler als bei dem gewöhnlichen Dienste. Thatsächlich nahm der betreffende Pfleger jedesmal an Körpergewicht zu während des Nachtdienstes.

Nach unseren bisherigen Erfahrungen herrscht hier über die Dauernachtwache nur eine Stimme, dass dieselbe entschieden gut ist und sicher besser als die Wechselwache. Sie ist bei den Pflegepersonen beliebt, in ihrer Leistung eher besser als die frühere und administrativ am einfachsten zum Durchführen und Handhaben, und es scheint uns nur natürlich, dass dieselben guten Erfahrungen auch anderweitig so häufig zu vermelden sind.

Dagegen muss es auffallen, dass von einigen Anstalten (allerdings nicht vielen) ganz gegentheilige Erfahrungen vorliegen. Hier kann nach meiner Meinung die Ursache wohl weniger in der Institution als solchen gesucht werden, als vielmehr in besonderen localen Verhältnissen oder nicht entsprechender Organisation überhaupt. Gerade Letzteres ist nicht ganz gleichgiltig. Auch der Versuch mit einem einzigen Wachposten ist nicht entscheidend, wie Verfasser aus eigener Erfahrung sich erinnern kann. Will man die Schottische Nachtwache einführen, so muss man diese gleich auf mehreren Wachposten zu gleicher Zeit einsetzen lassen. Ein weisser Rabe fühlt sich selten wohl.

Die Einführung der Dauernachtwache ist zweifellos im besten Gange und ihre allgemeine Anwendung nur eine Frage der Zukunft. Hierzu leiten nicht bloss die vielfachen bereits vorliegenden günstigen Erfahrungen, sondern eine Reihe socialer, pflegerischer und psychiatrischer Ueberlegungen.

Es führt hierzu vorerst der allgemeine Zug, den Pflegerdienst mehr auszubilden und zu vertiefen. Dann stellt der Tagdienst immer höhere Anforderungen und verbraucht schon für die Tagesstunden immer mehr eine volle Arbeitskraft in dem Verlangen nach grösserer Reinlichkeit, freierer Behandlung und individueller Obsorge für die Kranken, wodurch für die Nacht immer mehr neue Kräfte erforderlich werden. Endlich wird der Nachtdienst selbst anstrengender durch Einführung von therapeutischen Vornahmen (zum Beispiel Bäder) auch zur Nachtzeit. Schliesslich wird das sociale Verlangen nach begrenzter Arbeitszeit auch vor den Thüren der Irrenanstalt nicht Halt machen und gebieterisch Einlass verlangen. Ein 16—18 stündiger Dienst, wie er in vielen Anstalten sich noch findet, ist heute schon ein Unding, und nicht bloss vom socialen Standpunkte unhaltbar, sondern gerade vom Standpunkte einer umsichtigen und activen Pflege durchaus nicht zu billigen. Das Recht auf Nachtruhe ist in den Irrenanstalten mehr als sonst wo ein physisches und der genügende Schlaf ein nothwendiger Factor zur ruhigen und frischen Tagespflege, aber nur dort durchführbar, wo Tag- und Nachtdienst völlig getrennt ist.

Die Dauernachtwache hat auch wesentliche administrative Vortheile. Zur Regelung der alten Wechselnachtwachen müssen meist mehr weniger complicirte Diensttabellen geführt werden, wo jede Erkrankung, Beurlaubung etc. des Pflegepersonales unliebsame Störungen erzeugt. Bei der Dauernachtwache fällt dies einfach weg. In Mauer-Oehling wurden heuer auf einmal 16 Pfleger zur Waffenübung einberufen. Ohne Dauernachtwache wären wir mit der alten Nachtwache direct in unhaltbaren Conflict gerathen, und nicht mit Unrecht lobte der Oberpfleger spontan die neue Einführung der schottischen Wache.

Mit der Wechselnachtwache lässt sich die ganznächtige Wache schwer verbinden, weshalb da meist zum Ausweg der halbnächtigen Wache gegriffen wird. Mit Recht wird hervorgehoben, dass der mitternächtige Wechsel störend wirkt. Instructionsmässig sollte da eine regelrechte Uebergabe von Bett zu Bett stattfinden, um Unterlassungen des Abtretenden nicht dem unschuldigen Nachfolger aufzuladen. Das wird in praxi kaum wo genau gehandhabt werden können und wäre für den Schlaf und die Ruhe der Kranken auch nicht von Vortheil. Sie wird daher in praxi kaum irgendwo durchgeführt. Die Folge ist, dass man bei strafbaren Unterlassungen auch öfters nicht den schuldigen Pfleger fassen kann.

Bei der Wechselwache ist es unvermeidlich, dass man auch jüngere Pfleger und Pflegerinnen von ruhigen Abtheilungen zur Nachtwache auf unruhigen Abtheilungen heranzieht. Es wird kaum jemanden geben, der das gut heissen kann, und nicht mit Unrecht wurde gerade für die schottische Nachtwache hervorgehoben, dass die Dauernachtwache die Kranken besser kennen lernt und auch in der Abtheilung besser orientirt ist, als ein fremder aushelfender Pfleger von einer anderen Abtheilung. Für die schottische Nachtwache dagegen lässt sich immer genug älteres eingewöhntes Pflegepersonal auffinden.

Dass bei der schottischen Nachtwache auch die Pflege selbst besser ist, wie so manche behaupten, lässt sich schwer erweisen, aber immerhin können wir aus eigener Erfahrung versichern, dass die Mar-



kirungen dort, wo Dauernachtwache ist, besser sind und wochenlang keine einzige Lücke ergaben, auch gehören Decubitus und Verletzungen zu ganz seltenen Vorkommnissen, die monatelang oft nicht beobachtet wurden. Ferner ist es bis jetzt noch niemals vorgekommen, dass bei den Dauernachtwachen Animositäten von Seiten der Kranken gegen einzelne Pflegepersonen aufgetaucht sind. Sind dies zusammen auch keine strikten Beweise für eine bessere Pflege, so bilden sie immerhin einige bemerkenswerthe Thatsachen.

Zu einer erfolgreichen Einführung der Dauernachtwache halte ich für nöthig, dass, wie schon gesagt, ihre Einführung gleich auf mehreren Abtheilungen geschieht, dass die Kostzulagen während des Nachtdienstes reichliche sind, dass auch während des Tages auf die Ausspeisung des Nachtdienstpersonales möglichst Rücksicht genommen und ein ungestörter Schlaf in einem ruhigen Zimmer ermöglicht wird.

Ist mit diesen Darlegungen auch die Frage der Nachtwache nicht erschöpft und selbst die Angelegenheit der schottischen Wache nicht allseitig erschöpfend abgehandelt, einigen Ueberblick des derzeitigen Standes dürfte sie gewiss geben und eine Handhabe für den, der ihr practisch näher treten will. Besonders hinweisen möchte ich noch auf die sehr erfreuliche Thatsache, dass der Landes-Ausschuss des Erzherzogthumes Oesterreich unter der Enns der Dauernachtwache eine besondere Aufmerksamkeit widmet und deren probeweise Einführung auch in anderen n.-ö. Landes-Anstalten beabsichtigt. Vorderhand wurden für das nächste Betriebsjahr für Mauer-Oehling 4 weitere Pflegepersonen zum Ausbau der hierortigen Dauernachtwache in Präliminare eingestellt.

Ehe ich schliesse, erlaube ich mir noch folgendes anzufügen.

Ich habe mir die wesentlichen Thatsachen zu dieser Veröffentlichung durch ein Rundschreiben verschafft. Ein solches Vorgehen ist immer ein gewisses Wagniss und erfordert Auslagen und Zeit, die man mit bestem Willen nicht immer zur Verfügung hat. Dabei habe ich die Wahrnehmung machen müssen, dass manche Anstalten durch gesetzliche Verfügungen abgehalten sind, direkte Beantwortungen zu geben, und konnten solche nur auf Regierungswegen verschafft werden. Welche Erschwerniss!

Ich erlaube mir daher, wieder an den seinerzeit von mir gemachten Vorschlag zu erinnern, derartige acute Fragen im Wege der Anstaltsberichte zu erledigen, was gewiss von grosser und practischer Bedeutung wäre. Herr Kollege Deiters, der schon einige Jahre die zwar mühevolle, aber sehr schätzenswerthe Auslese aus den Anstaltsberichten für diese Wochenschrift zu machen pflegt, würde gewiss ein solches Sammelreferat auf sich nehmen. Ich kann daher nur immer und immer wieder auf die Wichtigkeit einer solchen Reform der Anstaltsberichte hinweisen.

Mauer-Oehling, 15. November 1905.

Dr. Starlinger,
Director der Kaiser-Franz-Josef-Landes-Heil- und Pflegeanstalt Mauer-Oehling.

Mittheilungen.

— **Psychiatrisches aus Rumänien.** In seinem 1905 veröffentlichten Bericht über die Thätigkeit der rumänischen Irrenanstalt „Madona-Doudon" in Craiova während der Jahre 1891—1904 bringt Direktor Dr. George Mileticin ausführliche Nachrichten über Geschichte und Stand des Irrenwesens in Rumänien. Es ist mancherlei geschehen, um eine zeitgemässe Fürsorge für die Geisteskranken einzuleiten, doch bleibt — wie M. eingehend darlegt — in dem Lande, das sonst vorzügliche Krankenhäuser besitzt — für die Geisteskranken noch das meiste zu thun übrig. Bei einer Bevölkerung von rund 6 Millionen ist in Rumänien die Anzahl der Geisteskranken auf 7000—8000 anzunehmen — hiervon können höchstens 1000 in den vorhandenen Anstalten Aufnahme finden. Die Anstalten sind mit Ausnahme einer kleinen 1898 bei der Strafanstalt in Vacaresti eröffneten Abtheilung für verbrecherische Geisteskranke nicht in staatlichem Besitz, erhalten auch nur unbedeutende staatliche Zuschüsse, sie werden in der Hauptsache aus kirchlichen und philanthropischen Zuwendungen erhalten. Von den öffentlichen Anstalten ist die grösste die zu Marcutza, 1832 eröffnet, mit gegenwärtig 500 Plätzen. Es folgt die Anstalt in Golia (seit 1860) mit 90 und die in Neamtzou (seit 1850) mit 70 Plätzen. Diese drei Anstalten sind in adoptirten alten Klöstern eingerichtet und können nach M's. Ansicht nicht als Krankenhäuser angesehen werden, welche erfolgreiche Behandlung von Psychosen versprechen. — In Bukarest besteht das gut eingerichtete private Sanatorium Caritatea des Prof. Soutzon mit 36 Plätzen. — In die Kirche „Madona Doudon"*) in Craiova wurden von jeher Geisteskranke zur Heilung durch

*) = Madonna vom Maulbeerbaum.



priesterliche Beschwörung geführt, seit 1851 wurden einzelne Geisteskranke in der Nähe der Kirche angesiedelt, 1891 wurde in der Peripherie der Stadt die gegenwärtige Irrenanstalt angebaut und von Dr. Mileticin im modernen Sinne organisiert. Sie verfügt über 88 Plätze, ist von Zier- und Obstgärten umgeben, hat 9 ha. Ackerland, die Kranken werden nach Möglichkeit im Freien und in Werkstätten beschäftigt, das Hauptcontingent der Anstalt stellen schwere Kranke, die sich nicht beschäftigen lassen. 1896 ist der Bau einer grossen Anstalt in Socole unweit der Universitätsstadt Jassi begonnen worden, welche auch Unterrichtszwecken dienen sollte. Der Bau ist aus M. unbekannten Gründen nicht zu Ende geführt

Die Anstalt Madona Doudon hatte seit 1891 635 Aufnahmen. Geheilt wurden 32 %, gebessert 23 %, ungeheilt entlassen 9,5 %, gestorben sind 24 %, in Behandlung verblieben 11,5 %. Die hohe Heilungsziffer ist durch die günstigen Behandlungserfolge bei den pellagrösen Psychosen entstanden. Rumänien gehört bekanntlich zu den Pellagraländern. 1904 gab es 40000 Pellagröse im Lande, für 1905 wurde ein Anschwellen auf 80000 Erkrankungsfälle angenommen. In Madona Doudon sind in der Berichtszeit 105 pellagröse Psychosen behandelt worden (geheilt 45, gebessert 13, ungeheilt entlassen 4, gestorben 36, in Behandlung 7). Meist wurden die Pellagrakranken in sehr desolatem Zustande der Anstalt zugeführt, daher die hohe Sterbeziffer. — An progr. Paralyse litten 81 M. 14 Fr. = 15 % der Aufgenommenen. Dass die progr. Paralyse auch in Rumänien eine zunehmende Häufigkeit zeigt, ist schon 1887 von Dr. Soutzon festgestellt worden und wird von M. bestätigt.

Bis 1894 waren die gesetzlichen Bestimmungen betr. die Geisteskranken im Civil- und Criminalcodex und im Gesetz über die Städteverfassung zerstreut, seit 1894 ist ein besonderes Irrengesetz veröffentlicht. M. findet nach 10 jähriger Erfahrung, dass dieses Gesetz noch einige Lücken aufweist und dass namentlich die Formalitäten bei der Aufnahme der Kranken zu umständlich und langwierig sind.

Mercklin.

XXXVI. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 4. und 5. November 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke in Freiburg i. B. (Fortsetzung.)

Es folgen die Vorträge:

3. Dr. Haberkant (Stephansfeld): Osteomalacie und Psychose. Vortr. berichtet kurz über 2 in Stephansfeld beobachtete Fälle von Katatonie, bei denen 9 bezw. 19 Jahre nach Beginn der Psychose Lähmungserscheinungen an den Beinen auftraten, die im Verein mit nachweisbaren Skelett-Veränderungen auf Osteomalacie zurückgeführt werden mussten. Im Anschluss daran bespricht Vortr. die klinische Stellung der osteomalacischen Psychosen. Schon früheren Beobachtern (Finkelnburg, Wagner von Jauregg, Bleuler) war die Uebereinstimmung der psychischen Krankheitsbilder aufgefallen. Vortr. weist die Annahme einer Schädelosteomalacie als Ursache der Psychose zurück wegen des in zahlreichen Fällen sehr späten Auftretens der Osteomalacie, welches oft viele Jahre nach Beginn der Psychose erfolgte, dagegen glaubt er, dass gewisse Beziehungen zwischen Osteomalacie und der psychischen Krankheitsform bestehen. Denn es scheint, dass Osteomalacie vorwiegend bei Dementia praecox vorkommt. Diese Kombination ist interessant, weil die Pathogenese beider Krankheiten die gleichen Beziehungen zu den Keimdrüsen, vielleicht auch zur Schilddrüse aufweist. Nach Kraepelin spielen bei der Dementia praecox Stoffwechselstörungen, die von den Ovarien oder der Schilddrüse abhängig sind, die Hauptrolle, dasselbe behaupten für die Osteomalacie Fehling bezw. Hoennicke. Es ist ferner möglich, dass die Osteomalacie noch in der Aetiologie der Puerperalpsychosen eine Rolle spielt. Wenigstens wäre dies für die Katatonien puerperalen Ursprungs, etwa 1/3 aller Puerperalpsychosen denkbar. (Autoreferat.)

4. M. Friedmann (Mannheim): Ueber einen Fall von Exhibitionismus (und über nicht — epileptisches „petit Mal").

Ein 19jähriger Student der Theologie, ein persönlich überaus fleissiger und bescheidener junger Mann von tadelloser Lebensführung, hatte in seiner mütterlichen Wohnung in einer ganzen Reihe von Fällen exhibitionirt. Es geschah stets unter den gleichen Umständen, Sonntags in der Frühe, indem er auf seinen kleinen Arbeitstisch am Fenster des Zimmers stieg, und stumm und bewegungslos das Hemd eine Zeit lang bis Nabelhöhe emporhob. Beobachtet wurde dies nur von einer Familie vis à vis, die allerdings durch eine 50 m breite Anlage getrennt war und welche der Student weder von Person noch den Namen nach kannte. Jener war zunächst bei der Nachforschung sehr bestürzt und gab dann allmählich eine stark lückenhafte Darstellung der Sache: er sei die ganze Woche hindurch äusserst angestrengt thätig und pflege auch Sonntags in der Frühe sogleich schwierige hebräische Studien zu machen; inzwischen gehe er auf den Abort und kehre noch nicht völlig angekleidet zu seinem Arbeitstisch am Fenster zurück. Dann schwinde ihm die grammatische Form, welche er sich angestrengt einübe, mehr und mehr ins Weite. Er ermüde und stütze den Kopf auf; nur erinnere er sich noch, dass ein wollüstiges Gefühl über ihn komme, dann besinne er sich wieder, kleide sich völlig an und arbeite weiter. Weiter wisse er nichts.

Der Vater ist an Apoplexie gestorben, die Mutter ist mässig nervös; er selbst ist ein gefühlvoller, nobler Charakter, aber sehr stark sensibel; bei Tadel kam bald tiefe Verstimmung bis zu Selbstmordideen, bald ein erregtes heftiges Zittern am ganzen Körper über ihn; nachts ist der Schlaf unruhig und selbst Schlafwandeln ist vorgekommen, das ist auch hier alles, was festzustellen war.

Dass nun hier ein wirklicher Dämmerzustand vorlag, was der gerichtliche Sachverständige entschieden bestritt, ist wohl nicht zu bezweifeln. Epileptische Spuren finden sich indessen nicht. Dagegen besitzen die einzelnen Akte der Exhibition folgende Eigenthümlichkeiten: Sie erfolgen 1. relativ häufig und



stets zur gleichen Zeit und unter identischen Umständen. Ferner 2. bei einem stark überanstrengten und nervös erregten jungen Mann, 3. in der Frühe mitten in einer einförmigen und ermüdenden Kopfarbeit, 4. direkt nach einer Stuhlentleerung; dann schildert 5. der junge Mann selbst, wie ihn das Denken allmählich verwirrt und wie er schläfrig wird, dazu neigt er 6. ohnehin schon zu somnambulen Zuständen (Nachts), endlich 7. befindet er sich vorher direkt am Fenster und in (von dem Abort her) noch halb angekleideter Verfassung.

So nimmt F. an, dass hier ein wirklicher schlafartiger Zustand mit somnambuler Erregung, eine Art von Trance eingetreten sei. Dafür spricht, dass die vorangehenden Momente, speciell die angestrengte einförmige Kopfarbeit hypnotisirend wirken, dass der Mann stumm und ohne sichtbare Verbindung mit der Aussenwelt während der Exhibition dastand, dass er überhaupt andauernd nervös war und überreizt, und dass namentlich epileptoide Zustände sich nicht wohl in dieser Weise sozusagen künstlich züchten und herbeiführen lassen. — In der That sind auch später (seit einem Jahre) keine Exhibitionen mehr vorgekommen, nachdem der junge Mann verständiger zu leben und zu arbeiten gelernt hatte. — Es erfolgte auf F.'s Gutachten hin Freisprechung.

In der Litteratur finden sich einige Fälle, welche ähnlich gedeutet werden können.

Zum Schluss bespricht F. auf Grund einer eigenen reichen Erfahrung eine weitere Form von Bewusstseinstrübung, die ebenfalls auf rein nervöser Basis erfolgt und einem spezifisch epileptischen Zustande, nämlich dem petit Mal symptomatisch sehr nahe kommt. Die Anfälle zeigen sich bei Kindern und jungen Leuten, dauern meist nur $1^1/_2$ bis 2 Minuten, die Personen bleiben dabei starr, können meist nicht reden, haben aber keinen merklichen Schwindel. Die Anfälle treten oft in grosser Häufigkeit und täglich vielfach auf, sie entstehen direkt nach einem Schreck und häufen sich evident bei Erregungen. Sie können viele Jahre lang andauern, doch hat F. in 2 Fällen bestimmt eine 10 resp. 24 Jahre lang dauernde völlige Heilung constatirt. Bei Kindern ist freilich auch Uebergang zur Epilepsie mehrfach vorgekommen. Insgesammt hat F. etwa 20 derartige Fälle beobachtet, welche bisher gewöhnlich unter dem Sammelnamen der Narkolepsie beschrieben worden sind. (Eigenbericht)

Discussion: Fürstner. Friedmann.

5. Dr. Pfersdorff (Strassburg i. E.) Ueber Rededrang bei Denkhemmung.

Verf. berichtet über 4 Fälle von Mischzuständen des manisch-depressivem Irreseins. Dieselben waren dadurch ausgezeichnet, dass die motorische Erregung auf die Sprachbewegungsvorstellungen lokalisirt war. Diese Erregung giebt sich kund in einem innern Rededrang; die Kranken geben an, dass sie innerlich alle gehörten Worte nachsprechen müssen, oft 6—7 Mal, dass sie sich Worte zum Aussprechen suchen müssen; auch kommen ihnen angefangene oder ganz fertige Worte auf die Zunge. Ausserdem finden sich vereinzelt Hallucinationen des Zungenmuskelsinns. Einen Einfluss dieser motorischen Erregung auf die Bewusstseinsvorgänge, der sich der äusseren Ideenflucht ähnlich gestalten müsste, können wir hier nicht beobachten, wegen der Denkhemmung. Dieselbe betrifft diejenigen Assoziationen, welche durch leichte Affektschwankungen angeregt werden, insbesondere ist es die als „Interesse" bezeichnete Affektnuance, die gehemmt ist. Eine totale Denkhemmung mit Verlangsamung der psychischen Zeiten ist nicht vorhanden. Es bestehen auch noch Affektäusserungen und zwar sind dieselben an die sprachlichen Aeusserungen der Kranken geknüpft. Der beim Sprechen producirte Affekt ist sehr labil und entspricht demjenigen, den wir bei cirkulären Kranken in der Uebergangszeit einer Krankheitsphase in die andere treffen. Wir finden hier eine Lokalisation der motorischen Erregung auf bestimmte Associationsgruppen, die von andern Mischzuständen bereits bekannt ist. Mit der Erregung geht Labilität des Affektes, mit der Denkhemmung Hemmung der feineren Affektnuancen einher. Das Verhalten des Affektes steht demnach im Zusammenhang mit dem Grade der motorischen Erregung in den gehemmten sowie in den erregten Associationen. Diese Thatsache unterscheidet die hier beobachteten Mischzustände von andern und von den unkomplicirten Verlaufsarten des manisch-depressiven Irreseins; zur Erklärung dieser letzteren genügt die Aufstellung der bekannten Symptomentrias, in der die motorischen Leistungen und der Affekt nicht aneinander gebunden sind, sondern getrennte Funktionen darstellen.

II. Sitzung. 5. XI. 1905, $9^1/_4$ Vorm. Vorsitzender. Herr Kreuser.

6. Dr. L. Merzbacher (Heidelberg): Die Neurofibrillen im Lichte der neuesten histologischen Ergebnisse (mit Demonstrationen). — Im Wesentlichen ein Referat über die neuesten ausländischen Arbeiten (besonders italienischen), die sich mit der Entwicklungsgeschichte, der Darstellungsweise und der Histopatho-logie der Neurofibrillen befassen. Die Anschauungen Fragnito's, Besta's, Pighini's und Pegna's über die pluricelluläre Entstehung der Ganglienzelle, ihrer Fortsätze und der in denselben befindlichen Fibrillenzüge werden erläutert. Eingehend wurden die neuen Fibrillenmethoden Donaggio's: (Pyridin, Ammonium-molybdat-Toluidinblaumethode), Joris's: (Anwendung von colloidalem Golde) sowie die Modifikation der letztgenannten Methode durch Lugaro besprochen und die Meinungen dieser genannten Autoren über die endo- und extracellulären Verbindungen der Fibrillen einander gegenübergestellt. Eine neue Darstellungsweise der Fibrillen im Axencylinder peripherer Nerven, die von Lugaro angegeben worden ist, ist vom Referenten nachgeprüft worden. Die histo-pathologischen Veränderungen an den Fibrillen, wie sie in den Arbeiten von Cajal, Marinesco, Tello, Tiberti, Pariani, Donaggio und Fragnito beschrieben worden sind, wurden kurzen kritischen Bemerkungen unterzogen. — (Eine genauere Wiedergabe des Vortrages soll in Form eines Uebersichtsreferates der neuesten aus-

ländischen „Fibrillenliteratur" demnächst im Centralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie erscheinen).
Autoreferat.

7. Medicinalrath Dr. Kreuser: Einige Erfahrungen bei Bett- und Dauerbadbehandlung.

Bett- und Dauerbadbehandlung sind als so werthvolle Bereicherung der psychiatrischen Kurmittel allgemein anerkannt, dass jetzt auch die angemessene Abgrenzung ihrer Anwendung und ihre Anforderungen an die technischen Einrichtungen zur Sprache gebracht werden dürfen. — Die Indikationen für längerdauernde ununterbrochene Bettbehandlung Geisteskranker sind selten so zwingender Natur, wie bei körperlichen Erkrankungen; für ihre Unterbrechung fehlt es an einem handlichen objectiven Maassstab. Kann das subjective Befinden der Kranken noch weniger entscheidend sein, so empfiehlt sich im Allgemeinen doch, wenn gewichtige Gegengründe fehlen, den Wünschen der Kranken versuchsweise entgegenzukommen. Dabei ist die ausser Bett zuzubringende Zeit vom Arzte sorgfältig zu dosiren. Gilt dies für acute wie für chronische Fälle, so muss bei den letzteren noch mehr darauf Bedacht genommen werden, das Pflegeregime nicht zum Selbstzweck werden zu lassen. Wichtiger als die tadellose Verpflegung eines Kranken ist es, die Beseitigung seiner Pflegebedürftigkeit anzustreben durch rechtzeitige Einleitung einer Beschäftigungstherapie, wozu sich das Bett wenig eignet. Für Liegebehandlung im Freien empfiehlt sich eine Entlastung der Betten durch Verwendung von Liegestühlen.

Eine unerlässliche Ergänzung findet die Bettbehandlung in den hydrotherapeutischen Proceduren, besonders den Dauerbädern. Ohne kurativ zu wirken, haben sie symptomatisch ganz erheblichen Gewinn gebracht, gestatten sie eine ganz andere Ordnung auf den Wachabtheilungen, sind sie bei den Kranken selbst meist nicht unbeliebt. Als gelegentliche unerwünschte Nebenwirkungen waren Exantheme und Otitis externa zu beobachten. Die beruhigende Wirkung wird bisweilen gesichert und verlängert, wenn man dem Dauerbad im Bett eine feuchte Packung nachfolgen lässt. Sind Bett- und Badbehandlung nur durch längeres Festhalten von Wärterhänden durchführbar, so versagt meist die beabsichtigte Wirkung, treten die Medikamente in ihre Rechte.

Die Bettbehandlung stellt vermehrte Anforderungen an die Krankenräume selbst und ihre Einrichtungen, an die Wäschebestände und die Wäschereinigung, die Ueberwachung durch das Personal. Für Dauerbäder muss zu jeder Stunde des Tags und der Nacht hinreichend Vorrath an warmem Wasser und die genügende Anzahl von Wannen, am besten aus englischem Feuerthon zu Gebot stehen. (In der Anstalt Winnenthal pro Kopf und Tag ca. 150 Liter Wasser von 60° Cels. und 1 Wanne auf 10 Patienten, auf der Wachstation für Unruhige 1 auf 5). Wünschenswerth sind zuverlässige Mischhahnen, gute Ventilation und luftige Räume, wobei die therapeutischen Bäder von den der Reinigung dienenden räumlich zu trennen sind. Einrichtungen und Betrieb sind nicht billig. An der Hand der Pläne werden die in Winnenthal getroffenen Einrichtungen erläutert. Auf der Wachabtheilung für unruhige Frauen sind der Dauerbadeinrichtung die letzten Isolirräume geopfert worden.

Discussion: Ransohoff, Fuchs, Kreuser.
(Autoreferat.)

(Fortsetzung folgt.)

Personalnachrichten.

Der Titel eines Sanitätsrathes wurden verliehen den Directoren Dr. Petersen-Borstel in Plagwitz und Dr. Werner in Owinsk.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 39. 23. Dezember. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G. B.

Nr. 20.

Urtheil des Oberlandesgerichts Königsberg in Sachen W. contra W. vom 13. II. 05.*)

Auf die Berufung des Klägers und Wiederbeklagten gegen das am 22. Mai 1903 verkündete Urtheil der II. Civilkammer des Königlichen Landgerichts zu I. wird dieses Urtheil zu 2 und 3 des Tenors insoweit abgeändert, dass zwar die Ehe der Parteien auf die Widerklage der Beklagten geschieden, der Kläger und Widerbeklagte aber nicht für schuldig an der Scheidung erklärt wird und dass die Kosten des Rechtsstreits zu 9/10 dem Kläger, zu 1/10 der Beklagten auferlegt werden.

Im Uebrigen wird die Berufung des Klägers zurückgewiesen.

Thatbestand:

Durch das im Tenor bezeichnete Urtheil ist

1. der Kläger mit seiner auf Scheidung, eventuell auf Verurtheilung der Beklagten zur Herstellung der häuslichen Gemeinschaft gerichteten Klage abgewiesen;
2. die Ehe der Parteien auf die Widerklage der Beklagten geschieden und der Kläger für den schuldigen Theil erklärt;
3. sind die Kosten des Rechtsstreits dem Kläger und Widerbeklagten auferlegt.

Gegen dieses Urtheil, auf welches hiermit Bezug genommen wird, hat der Kläger Berufung mit dem Antrage eingelegt:

Unter Abweisung der Widerklage auf die Klage die Ehe der Parteien zu trennen und die Beklagte für schuldig zu erklären, eventuell die Beklagte zur Herstellung der häuslichen Gemeinschaft zu verurtheilen.

*) Vom Herrn Oberlandesgerichtspräsidenten zu Königsberg gütigst zur Veröffentlichung überlassen, wofür auch an dieser Stelle bestens gedankt wird.

Die Beklagte hat um

Zurückweisung der Berufung

gebeten.

Zur Begründung der Berufung hat der Kläger unter Wiederholung seiner erstinstanzlichen Anführungen zunächst geltend gemacht, dass die Beklagte ihm gelegentlich seines Besuches bei ihr in B. im October 1902 alles ihr von ihm zugefügte Unrecht ausdrücklich verziehen habe (ohne jedoch ihrerseits von ihm Verzeihung erhalten zu haben). — Beweis: Zeugniss des Gutsbesitzers B. in A. und der Tochter der Parteien Mathilde. — Er stützt zweitinstanzlich seine Scheidungsklage eventuell auch auf § 1568 B. G. B., indem er der Meinung ist, dass, wenn die der Beklagten von ihm zur Last gelegten Ehebrüche für nicht erwiesen erachtet würden, mindestens ein höchst auffälliger Verkehr mit fremden Männern vorliege. Kläger hat in diesen Beziehungen alles dasjenige angeführt, was in dem vorbereitenden Schriftsatz der Rechtsanwälte G. und C. vom 24. September 1903 unter (III) 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7 (Blatt 115 bis 124 der Acten) niedergelegt ist und dabei auch die diesem Schriftsatz beigefügten Briefe des Pfarrers H. an den Kläger vom 11. Juli 1901 und des Bischofs T. in F. vom 9. Februar 1901 (Blatt 126, 127/28 der Acten) sowie (zum weiteren Beweise des ehebrecherischen Verkehrs der Beklagten insbesondere mit Pfarrer S.) den dem vorbereitenden Schriftsatz vom 12. November 1903 beigefügten Brief des Bischofs T. vom 28. Januar 1901 (Blatt 160 der Acten) vorgetragen.

Die Klage aus § 1568 B. G. B. hat Kläger des Ferneren auch noch darauf gestützt, dass die Beklagte wiederholt dritten Personen, insbesondere auch den Vorgesetzten des Klägers gegenüber behauptet

habe, dass Kläger unzurechnungsfähig und verrückt sei, sowie darauf, dass sich die Beklagte in einer Anzahl, von ihr an Kläger gerichteten Briefe schwerer Beleidigungen und Verleumdungen des Klägers schuldig gemacht habe. (Beweis: der von Rechtsanwalt S. in I. mit dem erstinstanzlichen, vorbereitenden Schriftsatz vom 19. Januar 1903 überreichte Brief der Beklagten vom 3. Januar zwischen Blatt 47 und 48 der Acten befindlich, sowie die 3 Briefe, bezw. ein Brieftheil, welche Urkunden von Kläger in Sachen der Parteien wegen Erlass einer einstweiligen Verfügung mit dem Schriftsatz der Rechtsanwälte G. und C. vom 11. Februar 1904 überreicht sind und von denen die Briefe mit dem Datum vom „9. Januar" — ohne Jahreszahl —, vom 20. Januar 1901 und vom 12. November — ohne Jahreszahl — versehen sind, während der, auf der Rückseite ein Schreiben der Tochter Mathilde W. enthaltende Brieftheil auf dieser Rückseite das Datum „12. 2. 1901" trägt.)

Anlangend diejenigen Briefe des Klägers, auf welche der erste Richter seine der Wiederklage stattgebende Entscheidung gestützt hat, hat der Kläger noch angeführt, dass dieselben nicht den Zweck gehabt hätten, die Beklagte zu beleidigen, sondern in der Erwartung geschrieben seien, dass die Beklagte sich infolge der Vorwürfe des Klägers bessere, ihre Verfehlungen bereuen und zu Kläger zurückkehren würde; Kläger sei bereit gewesen, die Beklagte, sofern sie einen anderen Lebenswandel begonnen hätte, wieder bei sich aufzunehmen und habe dieses auch durch Zustellung des Schreibens vom 11. April 1902 an die Beklagte — Blatt 226 der Acten befindlich — kundgethan.

Die Beklagte hat die gegnerischen Anführungen bestritten, insbesondere, dass sie dem Kläger Verzeihung gewährt habe und dass sie irgend welchen auffälligen Verkehr mit fremden Männern gehabt oder sich sonst einer schweren Verletzung der durch die Ehe begründeten Pflichten schuldig gemacht habe. Sie bezeichnet alles dasjenige, was der Kläger über von ihr verübten Ehebruch anführt, als durchweg aus der Luft gegriffen und giebt an, dass ihr der Pfarrer B. und der Gefangenaufseher R. nicht einmal bekannt seien und Parteien mit den Gerichtsdiener S.'schen Eheleuten etwa zwei Monate in O. in einem Hause gewohnt hätten. Zur weiteren Stütze ihrer Widerklage hat die Beklagte behauptet, dass der Kläger ihr Unterhalt versagt habe, und dass er sie bis zu der im April 1901 erfolgten Trennung der Parteien, wie Zeugen aus R. und O. bekunden könnten, fortdauernd roh misshandelt, sie blutig geschlagen und gewürgt, sich auch schwerer Ehrverletzungen schuldig gemacht habe. Beweis für letzteres: Briefe des Klägers.) In der letzten Zeit des Zusammenlebens der Parteien hätte Kläger sogar der Beklagten nach dem Leben getrachtet und mehrfach erklärt, wenn aus dem Process nichts herauskomme, müsse Blut fliessen. (Beweis: Zeugniss des Besitzers Sz. und der Tochter der Parteien.)

Davon, dass Kläger nicht bei Sinnen sei, sei in R., O. und B. allgemein gesprochen, wie eine Reihe von Zeugen bekunden könnten. Ein Richter und die Secretäre in G., wo Kläger eine Zeit lang amtlich beschäftigt gewesen sei, hätten den Kläger nicht für zurechnungsfähig gehalten. Als Gerichtsvollzieher in R. sei er von dem Richter und den Secretären in R. öfters gewarnt, wenn er unbegründete, anzügliche Beschwerden an die Behörde gerichtet habe, und es sei ihm demnächst das Amt als Gerichtsvollzieher wegen Unzurechnungsfähigkeit genommen. (Beweis für Vorstehendes: Zeugniss der betreffenden Richter und Secretäre und Vorlegung der Personalacten des Klägers.)

Wenn die Beklagte sich in demselben Sinne, dass Kläger nicht ganz normal sei, geäussert haben sollte, so habe sie dieses stets nur in Wahrnehmung ihrer Interessen und in hochgradiger Erregung über die ihr von ihrem Ehemanne zu Theil gewordenen Beschimpfungen, aber nicht zur Herabsetzung der Ehre des Klägers gethan.

Zur Abwehr der Klage und zur Stütze ihrer Widerklage hat sich die Beklagte endlich noch auf die mit den vorbereitenden Schriftsätzen des Rechtsanwalts Dr. S. vom 5. October 1903, 25. November 1903, 17. April und 22. November 1904 abschriftlich überreichten Briefe (Blatt 138v bis 149, Blatt 175/176, Blatt 214v/215, Blatt 261v/262), über deren Echtheit sich zu erklären, sich der Kläger vorbehalten hat, sowie auf das mit dem vorbereitenden Schriftsatz desselben Anwalts überreichte Packet Briefe (die dem Kläger abschriftlich mitgetheilt sein sollen) berufen und ferner behauptet, dass der Kläger eine Reihe von Briefen unbegründeten und schmutzigen Inhalts an die Königliche Staatsanwaltschaft in I. und das Königliche Landrathsamt in S. gerichtet habe. (Beweis: Auskunft dieser Behörden.)

Im April 1904 ist Kläger von dem Königlichen Oberlandesgerichtspräsidenten in K. aus dem Justizdienst entlassen, wie er angiebt: infolge der von der Beklagten in diesem Process vorgebrachten Zweifel an seiner Zurechnungsfähigkeit, welche Zweifel der Kläger als schwere Verdächtigungen und deshalb für



sich allein schon als Scheidungsgrund betrachtet wissen will.

Der Senat hat zunächst und zwar von Amtswegen die Vernehmung des Kreisarztes in O. (an welchem Ort Kläger zu jener Zeit Gerichtsdiener war) als Sachverständigen darüber angeordnet: ob der Kläger geisteskrank ist und ob anzunehmen ist, dass der Kläger auch in den Jahren 1901 (im Januar) und 1902 geisteskrank gewesen ist, insbesondere die (in dem Thatbestande des ersten Urtheils aufgeführten) Briefe vom 22. Januar 1901, 21. September 1901, 20. Februar, 13. Juli und 20. Juli 1902 in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit abgesandt hat, sowie in demselben Zustande die Beklagte des Ehebruchs beschuldigt hat und noch beschuldigt.

Der Sachverständige, Kreisarzt Dr. P., hat sein Gutachten zu der Verhandlung d. d. O. 13. Januar 1904 abgegeben, auf deren Protokoll (Blatt 183 bis 189 der Acten) hiermit Bezug genommen wird.

In dem nächsten zur Fortsetzung der mündlichen Verhandlung stattgehabten Termin (vom 28. April 1904) ist lediglich über die Processfähigkeit des Klägers und Berufungsklägers verhandelt und ist dabei insbesondere das soeben bezeichnete Gutachten und ferner von dem derzeitigen Processbevollmächtigten des Klägers der Inhalt:

a) des vorbereitenden Schriftsatzes der Rechtsanwälte G. und C. vom 25. April 1904 unter I (Blatt 216—220 der Acten),
b) des Attestes des Kreisarztes Dr. P. vom 21. November 1903 (Blatt 170),
c) der Bescheinigung des aufsichtführenden Richters des Königlichen Amtsgerichts zu O. vom 19. November 1903 (Blatt 171),
d) des Attestes des Kreisarztes P. vom 17. Februar 1904 (Blatt 224) und endlich
e) der Bescheinigung einer Reihe von Beamten des Amtsgerichts O. vom December 1903 (Blatt 225 der Acten befindlich)

vorgetragen worden (zu b und c mit dem vorbereitenden Schriftsatz vom 25. November 1903, zu d und e mit demjenigen vom 25. April 1904 überreicht).

Der Senat hat darauf in jenem Termin (vom 28. April 1904) Vertagung beschlossen und zugleich verkündet, dass er den Kläger nicht für processfähig erachte.

Demnächst ist laut Schreibens des Königlichen Amtsgerichts zu I. vom 2. Juli 1904 (Blatt 237 der Acten) „für den geisteskranken früheren Gerichtsdiener W. in S. der Gutsbesitzer H. aus S. zum Pfleger bestellt worden. Sein Wirkungskreis umfasst die Vertretung des W. in seinen Processen wegen Ehescheidung und Erlass einer einstweiligen Verfügung".

In dem sodann stattgehabten Termin zur mündlichen Verhandlung — in welchem Kläger nunmehr durch den von seinem Pfleger H. bestellten Processbevollmächtigten vertreten gewesen ist — haben die Parteivertreter den gesammten vorstehend erörterten Streitstoff unter Verlesung der oben mitgetheilten Anträge vorgetragen. Klägerischerseits ist zugleich noch die Blatt 275 der Acten befindliche, mit „Med.-Rath Dr. H." unterzeichnete Bescheinigung d. d. I. 14. Juli 1904 vorgelegt, Inhalts deren Dr. H. (auf Grund ihm vorgelegter Schriftstücke, eines Gesprächs mit dem Pfleger des Klägers und einer zweimaligen, längeren Unterhaltung und Untersuchung des Klägers) diesen „für absolut gesund in physischer und geistiger Beziehung und für frei von jeder krankhaften fixen Idee" erklärt. Kläger hat um die Vernehmung des Dr. H. als Sachverständigen gebeten.

Die Beklagte hat principaliter die Meinung vertreten, dass der Kläger zwar jetzt geisteskrank sei, dass diese Krankheit aber erst während des Scheidungsprocesses entstanden sei und allenfalls schon zur Zeit der Klageerhebung, aber *noch nicht zur Zeit der von der Beklagten geltend gemachten Ehevergehungen* des Klägers bestanden habe, und dass zu der Zeit, als Kläger sich derselben schuldig gemacht und damit die Ehe der Parteien zerrüttet habe, Kläger noch *soweit* klar gewesen sei, dass seine freie Willensbestimmung nicht ausgeschlossen gewesen sei. Die Beklagte behauptet jedoch zugleich, dass die Krankheit des Klägers bereits mindestens drei Jahre dauere und einen solchen Grad erreicht habe, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen sei. Die Beklagte hat deshalb *eventuell* gebeten, die Ehe der Parteien auf Grund des § 1569 B. G. B. zu scheiden.

(Schluss folgt.)



Mittheilungen.

— In **Mailand**, der herrlichen Hauptstadt der Lombardei, wird in der Zeit vom 26. bis 30. Sept. 1906 unter dem Ehrenpräsidium der Herren Minister des Innern, des Aeussern, des öffentlichen Unterrichtswesens und der Justiz ein „Internationaler Congress für Irrenfürsorge" tagen. Präsident ist Professor Tamburini, Generalsekretär Professor Ferrari. Dem internationalen Comité zur Vorbereitung des Congresses gehören aus Deutschland an Professor Hoche, Director der psychiatrischen Klinik Freiburg i. Br., und Professor Alt, Director der Landesheilanstalt Uchtspringe. Es ist eine grosse Betheiligung der Psychiater aller Länder zu erwarten, zumal sich kaum je eine günstigere Gelegenheit bieten dürfte unter sachkundigster Führung nicht nur die psychiatrischen Fortschritte Italiens in practischer wie wissenschaftlicher Hinsicht sondern auch die Schönheit Mailands und Oberitaliens kennen zu lernen. Besonders glücklich ist die Wahl des Ortes und der Zeit, weil alsdann eine Weltausstellung in Mailand tagt, welche überaus sehenswerth sein und namentlich auch einen Einblick in die herrlichen Kunstschätze Italiens gewähren wird. —l—

— **Die neue brandenburgische Provinzial-Irrenanstalt in Teupitz.** Am 3. Juni 1904 beschloss der Brandenburgische Provinzialausschuss den Bau einer grossen Irrenanstalt bei dem durch seine herrliche Lage bekannten Städtchen Teupitz im Kreise Teltow (4 km. von der Station Gross-Köris). Es wurden gekauft 133 Hektar, davon sind Ackerland 41 Hektar, Holzung 64 Hektar, Weidefläche 16 Hektar, Unland 1—2 Hektar, Wasser (Tietschen-See) 10 Hektar. Ueber die geplanten Bauten und Einrichtungen erfährt die „Tägliche Rundschau" aus bester Quelle folgendes: Die Anstalt soll 1200 Kranke aufnehmen, darunter auch solche 1. und 2. Klasse. Gegenüber der mustergültigen Fürsorge der Provinz für die Geisteskranken der unteren Stände sind die höheren Stände bisher stiefmütterlich behandelt worden. Während seit den achtziger Jahren für die 3. und 4. Klasse zwei neue Anstalten, in Landsberg und Ruppin, gebaut wurden, ist in dieser ganzen Zeit in der Fürsorge für Geisteskranke der höheren Stände nichts geschehen. Für Aufnahmen in der 1. und 2. Klasse sollen 1600 und 1200 M. jährlich gezahlt werden. Für 1050 Kranke der 3. und 4. sowie 150 der 1. und 2. Klasse sollen zusammen 22 Pavillons gebaut werden. Hinzu kommen das Verwaltungsgebäude, das Direktor-Wohnhaus, zwei Wohnhäuser für 4 Aerzte und 2 Oberwärter, ein Beamten-Wohnhaus und eins in der Nähe des Maschinenhauses für das technische Personal, während für die übrigen Beamtenhäuser und das Wärterdörfchen ein Platz im Westen des Anstaltsgebietes ganz in der Nähe von Teupitz in Aussicht genommen ist. Die Ausstattung wird einfach aber gediegen sein. Alle Einrichtungsstücke, Wäsche u. s. w. werden neu beschafft. Die Wasserversorgung durch Grundwasserbrunnen ist für den Tag auf 400 Raummeter berechnet. Mit der eigenen Kanalisation wird ein ausgedehnter Rieselbetrieb verbunden. An Beamten werden angestellt: 1 Direktor, 3 Oberärzte, 2 Anstaltsärzte, 3 Assistenzärzte, 205 Wärter und Wärterinnen, 7 Betriebs- und Kassenbeamte, sowie eine grössere Anzahl von technischem, landwirtschaftlichem und Küchenpersonal. Bei der Eröffnung der Anstalt sollen in erster Linie die Stellen mit älteren Aerzten besetzt werden, damit in der schwierigen Zeit des Einlebens der Kranken in andere Verhältnisse dem Direktor erfahrene Aerzte zur Seite stehen; erst später, bei Zunahme der Krankenzahl, sollen die Assistenzärzte zugezogen werden. Im Nebenamt sind ferner anzustellen ein evangelischer Anstaltsgeistlicher und ein Gesanglehrer, der auch Organistendienst verrichtet. Die Kosten für die Errichtung der Anstalt betragen 4000 M. für das Bett der 3. und 4. Klasse und 5000 M. für das Bett der 1. und 2. Klasse, insgesammt rund 5 Millionen M.

— **Unterbringung eines Geisteskranken.** Unterschied zwischen Orts- und Landespolizei. Urtheil des preuss. Oberverwaltungsgerichts vom 29. April 1904.

Die Behauptung, dass die Abwendung der Gefahren, die von einem Geisteskranken ausgehen, Sache der Landespolizei sei, ist nicht zutreffend. Auch auf dem Gebiete der Sicherheitspolizei darf zwischen den Aufgaben der Landes- und der Ortspolizei nur danach unterschieden werden, ob die polizeilich zu schützenden Interessen in erster Linie solche der nachbarlich örtlichen Gemeinschaft sind oder über diese räumliche Beschränkung hinaus in weiteren Bezirken, vielleicht unmittelbar als einheitliche Interessen des Staates hervortreten. Danach sind Massregeln zur Abwendung der von gemeingefährlichen Geisteskranken ausgehenden Gefahren den Aufgaben der Ortspolizei beizuzählen. Freilich dient die Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten nicht den besonderen Interessen desjenigen Ortes, an welchem diese festgehalten werden — denn das ist der Ort, wo die Irrenanstalt sich befindet — wohl aber denen des Ortes, von dem aus der Geisteskranke in die Irrenanstalt gebracht wird. Diesen bedroht ein gemeingefährlicher Geisteskranker zunächst, wenngleich eine Ausdehnung der von ihm ausgehenden Gefahr auf einen weiteren Bezirk nicht unbedingt auszuschliessen ist, weil die Möglichkeit eines Wechsels seines Aufenthalts bei einem sich selbst überlassenen Geisteskranken stets besteht. Deshalb mag die Unterbringung eines Geisteskranken in einer Anstalt mittelbar auch den Interessen weiterer Kreise dienen; aber dieser nur mittelbar eintretende Erfolg nimmt ihr nicht die Eigenschaft einer Massregel, die den Schutz von Interessen der örtlich nachbarlichen Gemeinschaft in erster Reihe und unmittelbar zum Zwecke hat. Eine Mitwirkung anderer Behörden ausser der Ortspolizei ist hier ebenso wenig, wie bei anderen polizeilichen Anordnungen, die zur Abwendung einer dem Publikum oder dessen einzelnen Gliedern drohenden Gefahr getroffen werden, erforderlich. Namentlich tritt eine Mitwirkung des zuständigen



Regierungspräsidenten nur ausnahmsweise ein, wenn er durch Beschwerde über die von der Ortspolizeibehörde getroffenen Massregeln oder über die Versagung polizeilichen Einschreitens zu einer Entscheidung angerufen wird. Trifft er in einem solchen Falle die Anordnung, dass der Geisteskranke in einer Irrenanstalt unterzubringen sei, so hat doch diese Verfügung nicht die Eigenschaft einer landespolizeilichen, sondern einer an die Ortspolizei gerichteten Anweisung zum Erlass einer ortspolizeilichen Verfügung. (Entscheid. Bd. 45, S. 116.)

XXXVI. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 4. und 5. November 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke in Freiburg i. B. (Fortsetzung.)

8. Dr. Spielmeyer (Freiburg i. B.): Weitere Mittheilungen über eine besondere Form von familiärer amaurotischer Idiotie.

Vortragender verweist zunächst auf seine früher mitgetheilte Beobachtung einer bei vier Geschwistern in ganz gleicher Weise verlaufenen, im frühen Kindesalter erworbenen Verblödung, die sich mit Erblindung infolge von Retinitis pigmentosa complicirte. Die Krankheit, die man ihren klinischen Grundtypen nach eine familiäre amaurotische Idiotie resp. famil. amaur. Demenz nennen könnte, hat mit der Sachs'schen Krankheit klinisch und anatomisch nichts zu thun. Die histologische Untersuchung eines dieser Fälle hatte seiner Zeit zu der Aufstellung eines neuen von den bisher bekannten Rindenerkrankungen abweichenden histologischen Gesammtbildes geführt, das sein besonderes Gepräge durch eine eigenartige allgemeine Ganglienzellenerkrankung erhält.

Die seiner Zeit ausgesprochene Vermuthung, dass entsprechend der klinischen Congruenz der Fälle auch das anatomische Substrat bei den anderen Fällen ein gleiches sein würde, hat sich bei der Untersuchung eines zweiten Falles bestätigt: Der Befund hier deckt sich durchaus mit dem bei dem ersten Kinde. Auch hier makroskopisch nichts besonderes, mikroskopisch dieselbe Ganglienzellenerkrankung (Aufblähung der Zellen durch Einlagerung einer körnigen, hier und da pigmenthaltigen Masse). Mikroskopisch sind diese Veränderungen an den Ganglienzellen am schwersten; Markfasern, Fibrillen, zellige und fasrige Neuroglia, Gefässe wie im ersten Falle. — Die eigenartige Erkrankungsform der Ganglienzellen wird an Zeichnungen demonstrirt, elektives Zellbild Nissl's, Fibrillenbild Bielschowsky's.

Die Gleichartigkeit des anatomischen Substrates in diesen Fällen und die charakteristischen Züge des histologischen Gesammtbildes rechtfertigen den Versuch, den hier vorliegenden Krankheitsprozess allein schon auf Grund der anatomischen Befunde als eine besondere Krankheitsform aus dem Reiche der idiotischen Krankheitszustände auszusondern. Späteren Versuchen einer klinischen Umgrenzung dieses Krankheitsprozesses, die auf Grund dieser einzelnen Beobachtung nicht möglich ist, sollte durch diese Untersuchung die pathologisch anatomische Grundlage gegeben werden. (Eigenbericht.)

Discussion: Weygandt, Spielmeyer.

9. Dr. med. et. phil. Willy Hellpach (Kunoldswiese): Die pathographische Methode.

Die Psychopathologie, ein Kind des naturwissenschaftlichen Zeitalters und naturwissenschaftlichem Geiste besonders bewusst ergeben, sieht sich heute vor geisteswissenschaftliche (kulturwissenschaftliche, historische) Probleme geführt. Vieles davon ist wohl als Anregung, keimhaft vorhanden; als umgrenzte Problemgruppe hebt sich nur die „pathographische" heraus, — an die also der Versuch einer Umschreibung der psychopathologischen Aufgaben gegenüber geisteswissenschaftlichen Problemen anknüpfen muss. Pathographie ist die auf die Feststellung und Beschreibung von Krankheiten gerichtete Biographie. Faktisch geht sie zumeist auf Geisteskrankheiten als Objekt. Ist diese Einengung aber nothwendig? Nein. Denn Gegenstand der pathographischen Methode ist, ebenso wie Gegenstand der Biographie und der Historie überhaupt, nicht das schlechthin Gewesene, sondern das mit Bedeutung Gewesene; bedeutungsvoll für die geistige Würdigung eines Individuums können, wenn es auch Geisteskrankheiten unmittelbarer sind, doch auch körperliche Krankheiten sein, allerdings nur durch die Resonanz im Seelischen, die sie finden. (Als Beispiele werden hier Schumann, Napoleon, Goethe, Nietzsche herangezogen). Bleibt also auch die geistige Abnormität faktisch der Hauptstoff der Pathographie, die Psychopathologie demnach die Hauptinteressirte an der pathographischen Methode, so ist dies doch kein nothwendiges Verhältniss, ein Objekt der pathographischen Methode kann jede für die geistige Persönlichkeit bedeutungsvoll gewordene Erkrankung, ob physische oder psychische sein. — Wer soll Subjekt sein? Nur der medicinische, nöthigenfalls der psychiatrische Fachmann. An dem Beispiel der Jesus-Pathographie eines Theologen (Rasmussen) wird gezeigt, wohin es führt, wenn der Pathograph nur medicinische Kenntnisse, kein Können besitzt und nicht fähig wäre, die Krankheiten am lebendigen Objekt zu diagnostizieren und differieren, die er am überlieferten Objekt feststellen soll. — Sind nun diese Voraussetzungen, der rechte Mann und der rechte Stoff, erfüllt — welche Gefahren bedrohen dann die pathographische Methode selber? Es ist das Werthurtheil, das diese Gefahren in sich birgt. Der Pathograph hat nichts für oder wider den Werth seines Objektes zu beweisen; Krankheit widerlegt und trübt Genialität so wenig, wie Gesundheit sie stützt. Die Objektenwahl geht allerdings auf das für den Pathographen Werthvolle — aber das ist bei aller wissenschaftlichen Objektenwahl der Fall. Ist sie vollzogen, tritt die pathographische Methode in Aktion, so hat die Persönlichkeit wie die Krankheit nur noch Phänomen, nicht mehr Werth zu sein. Die Feststellung der Bedeutung einer Persönlichkeit ist also Voraussetzung dafür, dass diese Persönlichkeit Objekt der Pathographie wird, aber fällt nicht mehr in den Kreis der Pathographie selber; und die Krankheit ist für den Pathographen nicht (wie z. B. für den Arzt) Werth, sondern immer nur (wie für den Pathologen) Phänomen. Ob sie aber bedeutungsmalen Krankheit ist, ergiebt die Ermittelung von Beziehun-



gen, die sie zu dem (vor der pathographischen Arbeit feststehenden und in die pathographische Arbeit als Phänomen übernommenen) Persönlichkeitswerth gewonnen hat. (Als Beispiel und Gegenbeispiel: Nietzsches Migräne, die ihn zum Aphorismus drängte, und Goethes fragliche Lues, die keine Spur in Goethes Wirken hinterlassen hat). Das Werthurtheil kann nur in drei Formen die Pathographie schädigen. Erstens als aus dem Ergebniss abgeleitetes Werthurtheil — die harmloseste Form; hier ist nur zu fordern, dass der Pathograph seine Ansicht nicht als wissenschaftliche Schlussfolgerung ausgiebt. Zweitens als das Ergebniss eines von vornherein festliegenden vorgefassten Werthurtheils. Hier tritt die ganze Methode unter den Druck einer unwissenschaftlichen Absicht für oder wider das pathographische Objekt (Beispiele: Probst's Pathographie über Weininger; Rahmer's Kleist; Vieille's Beethoven-Studie). Drittens, die schlimmste Gefahr: als in die Methodenführung sich einmischendes Werthurtheil. (Beispiel: Probst's Weininger-Studie). Hier haben wir das, was schon in der gewöhnlichen Gutachterthätigkeit so leicht passiert (Wernickes „allgemeiner Eindruck") auf die pathographische Arbeit übertragen. Davor schützt den Pathographen am besten diagnostische, klinische Arbeitsweise; denn als einzelne Symptome können immer leicht willkürlich gewerthete Erscheinungen dargestellt werden. Diese dritte Gefahr liegt besonders nahe, wo das Milieu zur Deutung der Krankheit verwendbar wird. Ist nun dies überhaupt noch Sache der pathographischen Methode, etwa die Umgebung eines seelisch kranken Menschen als seelisch krank zu erweisen? Nein. Den Pathographen fesseln gewiss fremde Einflüsse auf sein Objekt; er hat dann aufzusuchen 1. ihre Herkunft, 2. das Motiv ihrer Reception, 3. Weg der Reception und Veränderung bei der Aneignung. Ueber die Herkunft hinaus aber reicht *sein* Kausalbedürfniss nicht; sonst könnte der Physiologe z. B. auch noch es für seine Sache halten zu behaupten, wie der Ursprungszucker, der bei einem Diabetiker Zucker erzeugt, fabrizirt wird u. s. w. Fremde Einflüsse sind also für den Pathographen nur Material für die ihm vorliegende Psyche. Ob z. B. die grosse Wirkung einer pathologischen Persönlichkeit auf ihre Zeit durch pathologische Beschaffenheit der Massen zu erklären sei, ist ein wichtiges, aber ist kein pathographisches Problem. — Die vier Grundforderungen an die pathographische Methode sind also: bedeutungsvolle Erkrankung als pathographisches Objekt, ein medicinischer Fachmann als pathographisches Subjekt, Ausschaltung des Werthurtheils aus der pathographischen Arbeit, Beschränkung der pathographischen Arbeit auf ihr Objekt unter Behandlung aller anderen seelischen Potenzen als seelischen Materials für dieses Objekt. Vortragender gedenkt zum Schluss der praktisch wichtigen, aber auch theoretisch werthvollen und in der KrankengeschichteNitzsches zum pathographischen Meisterstück abgeklärten Bemühungen von *Moebius* um die pathographische Methode.

(Eigenbericht).

Discussion: *Kreuser*, *Hellpach*.

10. *Münzer* (Heidelberg) berichtet über die Resultate, die eine Untersuchung von 101 Fällen von *Puerperalpsychosen* in der Heidelberger Klinik ergeben hat. Geprüft wurden dabei im wesentlichen die Fragen über Aetiologie, Häufigkeit, Formen und Dauer, Verlauf und Prognose der Puerperalpsychosen. Bezüglich der Häufigkeit konnte kein von den übrigen thatsächlichen Feststellungen wesentlich verschiedenes Resultat gefunden werden. Die Frage der Aetiologie wurde nach verschiedenen Gesichtspunkten erörtert, als Ausschlag gebendes ätiologisches Moment konnte aber nur wieder die von früheren Autoren bereits angeführte Erschöpfung und Ueberanstrengung des Körpers infolge des Generationsgeschäftes verantwortlich gemacht werden. Was nun die Formen der einzelnen Erkrankungen anbelangt, so bekämpft *Vortr.* den von *Aschaffenburg* vertretenen Standpunkt, es gebe kein specif. puerperales Irresein. Allerdings wurden keine durch besondere specif. Merkmale ausgezeichnete Puerperalpsychosen gefunden; immerhin aber weisen einzelne in den Kreis der Betrachtung gezogene Faktoren auf die klinische Sonderstellung der Puerperalpsychosen hin. (Eine ausführliche Wiedergabe des Vortrages wird an anderer Stelle erfolgen.) Autoreferat.

11. Direktor Dr. *Sioli*: *Ist das heutige System villenartiger Pavillons für alle Irrenanstalten das allein richtige?*

Der Entwurf der ehemaligen schematischen grossen Corridorbauten der älteren Irrenanstalten konnte hauptsächlich dem Architekten überlassen werden. Seitdem die Individualisierung der Gebäude vorgeschritten ist und jedes Haus sich besonderen Kategorien von Kranken anpassen soll, seit die ganze Anstalt in kleine Pavillons und Villen zerfällt, ist die eingehende Mitwirkung des Psychiaters an den Bauplänen unerlässlich.

Grundideen bei dem neuen Anstaltbau sind:

1. Gewährung grosser Freiheit und Anregung für den einzelnen Kranken durch das familienartige Leben in den confortablen Landhäusern, dadurch Vermeidung der Kunstprodukte der alten Irrenanstalten.

2. Trennung der Kranken in kleinere Abtheilungen und dadurch Vermeidung der Belästigung ruhiger Kranken durch Unruhige, des gegenseitig sich Aufregens und der durch Imitation erzeugten Aufregungszustände bei unruhigen.

3. Erleichterung der Beschäftigung durch näheres Wohnen und Mitleben im Arbeitsbetrieb, besonders dem landwirtschaftlichen, Gärtnerei und Werkstätten.

4. Anpassung an die modernen Bestrebungen der Bett-, Wachsaal- und Bäderbehandlung, Vermeidung des Gefängnismässigen, Anschluss an das Krankenhausartige.

Es frägt sich nun, ob sich diese Ziele nicht z. T. widersprechen und ob sie bei allen Kategorien von Geisteskranken in gleicher Weise verwirklicht werden können.

Wie diese Absichten und Ziele in den neuesten Anstalten verwirklicht sind, wird an einer Reihe von Plänen aus neuen Anstalten dargelegt.

Der Sammelatlas von Dr. Kolb hält leider nicht ganz das, was der Name verspricht. Er bringt Vor-



schläge und unerprobte Pläne und eine schematische Eintheilung nach arithmetrischen Grössen von Anstalten, die nicht genug den verschiedenen wirklichen Verhältnissen entsprechen; die Badeanlagen sind durchgehend zu klein projectiert. Die Kritik der einzelnen in den letzten Jahren entstandenen Bauten ergiebt, dass wir einige neue Versuche in neuen Pavillons haben, z. B. in Berlin — Buch, die dennoch im Innern starke Individualisierung in kleinen Räumen zeigen; dort wie z. T. in Dösen sind die Tageräume deutlich aus den erweiterten Corridoren entstanden.

In einigen der neuesten Anstalten ist nun aber die Kleinvillenanlage bis zu einem gewissen Schematismus gediehen, der fast anfängt ein Architekturensport zu werden.

Eine Reihe von weiteren Grundrissen der Villen kann man auf die ursprüngliche Alt-Scherbitzer Villa im H-Stil zurückführen, die bis Galkhausen verfolgbar ist, gewöhnlich aber einen etwas zu dunkeln Mittelraum hat.

Andere Grundrisse gehen auf das Schema der Baracke zurück und scheinen z. T. für kleinere Verhältnisse ziemlich zweckmässig zu sein.

Grosse Verschiedenheiten finden sich bis in neuester Zeit bei Anlagen oder Weglassen eines Einzelzimmercorridors im Haus der Unruhigen.

Das Bestreben nach Individualisierung durch Anlage kleinerer Tages- und Nebenräume tritt in den Plänen von Johannisthal und Weinsberg zunehmend hervor.

Diese villenartigen Häuser passen für agricole Kolonien, nicht für grössere städtische Anstalten mit vielen Aufnahmen schwer Kranker und Pflegebedürftiger. Es führt zu einer Belegung von Räumen mit Bettlägerigen ohne Daueraufsicht und permanente Pflege, was ich nicht für gestattet halte.

Bettbehandlung soll nur in Räumen mit dauernder Ueberwachung stattfinden. Die städtische Bevölkerung liefert aber zumeist verbrauchte Individuen, Paralysen, Senile, Organische, Verbrecher, die mindestens zur Hälfte Bettbehandlung bedürfen.

Für alle diese sind zahlreiche grosse Wachsäle die Hauptsache. Ebenso für Anstalten in volkreichen Industriebezirken mit vielen Aufnahmen. Bei richtiger Irrenfürsorge würden noch mehr Anstalten hierunter fallen. Alle Aufnahmeanträge zu bewältigen müsste die Hauptaufgabe aller Anstalten sein, für die chronischen Fälle genügen ganz einfache Bau- und Pflegeformen, die hochentwickelten kleinen Pavillons sind zu teuer und dadurch für die Irrenfürsorge schädlich.

In Württemberg wurde 1903 weniger als die Hälfte der Aufnahmegesuche durch Aufnahme erledigt, die übrigen aus Platzmangel abgewiesen, gewiss kein idealer Zustand.

Es sind daher zu verlangen für Anstalten mit über 300—400 bis 1000 Aufnahmen, wobei der Bestand je nach Behalten der chronischen Fälle zwischen 400—1000 verschieden sein kann, 4 Wachabtheilungen für jede Geschlechtsseite in getrennten Pavillons, letztere mit je 50—80 Plätzen.

1. Ruhige Beobachtung Melancholischer, Suicidaler etc.

2. Unruhige Beobachtung für acut Erregte.

Diese verlangen reichliche Trennung und Individualisieren in mehrere Wachsäle mit höchstens je 10—12 Betten, mehrere Bäder mit je 4 Wannen, Tagessäle, Einzelzimmer, 8—10—12 Pflegepersonal, 2—3 Nachtwachen für Säle und Bad.

3. Wachenabtheilung für Halbruhige.

4. Wachenabtheilung für Gelähmte, Hilfsbedürftige sind zweckmässiger in grösseren Sälen unterzubringen. 2—3 Wachsäle mit 18—20 Betten, ferner Räume für nicht Bettlägerige, Bad mit 6 Badewannen, Tagessäle, 8—10 Pfleger, zwei Nachtwachen. Vortheile der grösseren Häuser: Leichtere Verlegung in den Abtheilungen, bessere Beaufsichtigung und Verwendung des Pflegepersonals, indem in jedem Haus mehrere, ältere, zuverlässige Hauptpfleger und ein Oberpfleger sein können.

Die moderne Individualisierung der Häuser findet also ihre Grenzen in der Nothwendigkeit der gemeinsamen Bett-, Bade- und Wachsaalbehandlung in übersichtlichen Räumen durch zuverlässiges Personal. Städtische Anstalt muss nur Wachsaalstation sein, krankenhausmässig gebaut und gelegen. Die agricole und koloniale Einrichtung ist für diese Anstalten sekundär.

7. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 20. October 1905 im St. Jürgen-Asyl, Ellen bei Bremen.

Anwesend waren die Herren: Adler-Schleswig, Alber-Woltorf, Bolte-Ellen-Bremen, Brümmer-Wehnen (Oldenbg.), Bücking-Bremen, Cimbal-Altona, Dräsecke-Hamburg, Dabelstein-Neustadt (Holst.), Delbrück-Ellen-Bremen, Engelken-Rockwinkel b. Bremen, Enge-Lübeck, Feldmann-Bremen, v. Grabe-Hamburg, Hinrichs-Schleswig, Hennigs-Reinbeck, Halbey-Lendorf a. Rh., Heine-Hannover, Gühlke-Alt-Strehlitz, Gaspersen-Preetz, Diedr. Kuhlenkampf-Bremen, Cramer-Göttingen, Lisan-Bremen, Linau-Hamburg, Müller-Ellen-Bremen, Nonne-Hamburg, Peltzer-Bremen, Riedel-Lübeck, Reye-Friedrichsberg b. Hamburg, v. Raven-Neustadt (Holst.) Schlick-Bremen, Serger-Alt-Strehlitz, Siemerling-Kiel, Schlaeger-Oldenburg, Stemmermann-Ellen-Bremen, Stoevesandt-Bremen, Strube-Bremen, Snell-Lüneburg, Wahrendorf-Ilten, Wassermeyer-Kiel, Wendenburg-Göttingen, Wicht-Ellen-Bremen, Westhoff-Bremen, Wulff-Oldenburg. —

Director Delbrück-Bremen eröffnet die Sitzung mit einer Begrüssung der Anwesenden. Zum Vorsitzenden wird Delbrück-Bremen, zum Schriftführer Wicht-Bremen gewählt. Die nächstjährige Versammlung soll in Sachsenberg bei Schwerin stattfinden. —

I. Nonne-Hamburg:

1. Demonstration zur Lehre von den familiären parasyphilitischen Erkrankungen.



Herr Nonne bringt zur Casuistik der familiären parasyphilitischen Erkrankungen einen neuen Fall. Ein Mann, welcher an frischer Syphilis leidet, inficirt seine Braut mit Lippenschanker. Nach 2 Jahren wird ein bei der Geburt normales Kind geboren, welches im 4. Jahre dement wird, und bei dem einige Jahre später Dementia paralytica diagnosticirt wird. Das Kind stirbt mit 16 Jahren und der anatomische Befund ergiebt: Dementia paralytica. Heubner's Endarteritis der Basal-Arterien. Der Vater ist 6 Jahr vorher an galoppirender Paralyse gestorben, und die Mutter, welche vor 4 Jahren Hinterstrangs-Erscheinungen (Pupillenstarre, Fehlen der Patellar-Reflexe und lancinirende Schmerzen) und im letzten Jahre ihres Lebens Brown-Sequard-Symptome geboten hatte, starb an den Folgen des Rückenmarksleidens. (Cystopyelitis.) Die mikroskopische Untersuchung des Rückenmarks ergiebt irreguläre Sklerose in der ganzen Ausdehnung des Rückenmarks, vorwiegend die Hinterstränge und den rechten Seitenstrang betreffend.

2. Demonstration eines Skeletts von Osteoarthritis ankylopoetica.

Vortragender bespricht die Geschichte, Klinik und Pathologie der chronischen Wirbelsäulenversteifung, er betont die Häufigkeit des Rückentraumas in der Aetiologie und demonstrirt 2 Wirbelsäulen, welche die Osteoarthritis ankylopoetica zeigen, sowie ein ganzes Skelett vom sogenannten Typus Strümpell-Marie. N. bespricht und demonstrirt den Unterschied zwischen der Osteoarthritis ankylopoetica, welche primär die kleinen Wirbelgelenke betrifft, und sekundär zur Verschalung resp. Spangenbildung an der Wirbelsäule führt, und die Spondylitis deformans andererseits; ferner demonstrirt er eine grössere Anzahl von Röntgengrammen der Osteoarthritis ankylopoetica und zeigt zum Unterschied Röntgengramme von Spondylitis deformans und Callusbildung nach Wirbelfracturen.

Discussion:

Herr Siemerling-Kiel fragt, ob Beobachtungen vorliegen darüber, in welchem Zeitraum nach dem Trauma nachweisbare Veränderungen an der Wirbelsäule (durch Röntgenbild) sichtbar zu machen sind.

Herr Nonne-Hamburg erwidert, dass dies nach $^3/_4$ bis 1 Jahr nach dem Trauma möglich sei.

Director Delbrück-Bremen berichtet über einen Patienten seiner Beobachtung, der an völliger Unbeweglichkeit der Wirbelsäule leidet. In diesem Falle ist von einem Trauma nichts bekannt. Es handelt sich um einen Eisenbahnbeamten, der seit Jahren angeblich an Rheumatismus leidet, aber immer für einen Simulanten gehalten wurde. Diese seine Klagen und ein schwerer chronischer Alkoholismus führten schliesslich zu seiner Pensionirung. Wegen des letzteren Leidens ist er jetzt in der Anstalt. Ausser an der Wirbelsäule bietet er keine Störungen von Seiten des Skeletts dar. Ein Röntgenbild ist von ihm nicht aufgenommen worden.

Herr Nonne erklärt den ihm vorgestellten Fall für einen Fall von chronischen Gelenkrheumatismus der Wirbelsäule und nicht für eine ankylosirende Osteoartheritis.

Referate.

— Binswanger, Otto: Die Hysterie. Wien 1904. Alfred Hölder. 954 S.

Binswanger, dem wir bereits eine ausgezeichnete Monographie der Neurasthenie und Epilepsie verdanken, bescheert uns mit dem vorliegenden Buche eine Darstellung der dritten der Psychoneurosen, der Hysterie.

Er giebt nach einer historischen Darstellung eine kritische Uebersicht der bisherigen Definitionen und seine auch noch nicht völlig befriedigende Begriffsbestimmung der Hysterie, beschreibt dann ihre Aetiologie und Symptomatologie, giebt eine allgemeine Psychopathologie und beschliesst seine Darstellungen mit der Erörterung der Prognose und Theorie.

Dass unter den psychischen Krankheitserscheinungen die hysterischen Lähmungen besonders berücksichtigt sind — hierbei wird auch die Methodik der Prüfung erörtert und das Verständniss durch zahlreiche Abbildungen erleichtert —, dass bei den somatischen Störungen die Motilitätsstörungen den weitaus grössten Raum einnehmen, ist selbstverständlich. Insbesondere erfahren die hysterischen Störungen, die das Auge betreffen, eine ebenso eingehende wie exacte Schilderung. Die hysterischen Psychosen, deren Trennung von der Dementia praecox hervorgehoben wird, werden auf einem im Vergleiche zum Umfange des Buches zu knappen Raume behandelt. Das bedauert Ref., und ebenso vermisst er, um das gleich hier anzuschliessen, ein Litteraturverzeichniss.

Freilich wird man auch ohne ein solches von vorneherein erwarten, dass ein so belesener Verfasser, wie B. es ist, die weitschichtige Litteratur in ihrem ganzen Umfange verwerthet. Dabei zieht er auch seine eigene reiche Erfahrung heran; nicht weniger als 109 Krankengeschichten, die eigener Beobachtung entstammen, werden mitgetheilt.

So erhalten wir eine Darstellung der Hysterie in einer Vollständigkeit, wie wir sie bis heute in unserer Litteratur nicht haben. Wenn des Verf.'s Bestreben dahin ging, „den gegenwärtigen Besitzstand der Symptomatologie der Hysterie dem Leser in geordneter und lückenloser Folge vorzuführen“, so ist ihm seine Aufgabe durchaus gelungen.

Den Bedürfnissen des Praktikers trägt er aber auch in der Therapie besondere Rechnung, indem er die Psychotherapie recht anschaulich und mit Einstreuung praktischer Winke darstellt.

Personalnachrichten.

Der Charakter als Professor wurde verliehen dem Direktor der Landesheil- und Pflegeanstalt Uchtspringe, Dr. Alt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 40. 30. Dezember. **1905.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Material zu § 1569 B. G. B.

Nr. 20.

Urtheil des Oberlandesgerichts Königsberg in Sachen W. contra W. vom 13. II. 05.

(Schluss.)

Der Senat hat weiteren Beweis darüber erhoben: ob Aussicht vorhanden sei, dass Kläger von den ihn beherrschenden Wahnvorstellungen (betreffend den von seiner Ehefrau vermeintlich geführten unsittlichen Lebenswandel, insbesondere dass dieselbe mit dem Altsitzer A., dem Altsitzer S., dem Pfarrer S. und Anderen Ehebruch getrieben habe) befreit werden wird,

durch Vernehmung des Directors der Provinzial-Irren-Heil- und Pflegeanstalt zu K. als Sachverständigen. Das eidlich erhärtete Gutachten desselben, des Sanitätsraths Dr. St., vom 22. December 1904 befindet sich Blatt 267—269 der Akten.

In der mündlichen Schlussverhandlung, in der die Sachlage im Uebrigen wie bis zu derselben vorgetragen ist, ist klägerischerseits erklärt worden: die Behauptung, dass die Beklagte mit katholischen Geistlichen Ehebruch getrieben habe, werde nicht mehr vorgetragen, und nehme Kläger die in dem Scheidungsprocess als Wahnvorstellungen bezeichneten Behauptungen, betreffend den Ehebruch mit katholischen Geistlichen u. s. w., zurück.

Dem gegenüber hat die Beklagte angeführt, dass der Kläger sie nach wie vor in derselben schweren Weise beleidige, und hat zum Beweise dessen Abschrift eines Schreibens des Klägers an den Vollziehungsbeamten F. vom 11. November 1904 (Blatt 261v/262 der Acten) überreicht, sich auf das Zeugniss des F. in Betreff des Inhalts eines von Kläger an denselben gerichteten Briefs vom 8. December 1904 berufen und endlich die Arbeiterfrau Anna G. in B. als Zeugin dafür benannt, dass Kläger der G. am 31. Januar 1905 schriftlich 100 Mark geboten habe, wenn sie dem Kläger über den (angeblich) unsittlichen Umgang der Beklagten mit A., S. u. s. w. Auskunft zusende.

Entscheidungsgründe.

I. Die Scheidungsklage des Klägers ist nicht begründet. Dieselbe ist in erster Linie auf Ehebruch mit einer Reihe von Personen gestützt; Kläger ist aber mit diesen seinen Behauptungen völlig beweisfällig geblieben und es ist sogar direct widerlegt worden, dass die Beklagte mit den von Kläger bezeichneten Personen: dem 63jährigen Altsitzer A., dem 65jährigen Besitzer S. und dem 73 Jahre alten katholischen Pfarrer S. jemals Ehebruch getrieben hat. Alles dasjenige, was Kläger in zweiter Instanz noch zum Nachweise eines Ehebruchs der Beklagten oder doch wenigstens zum Beweise seiner Behauptung angeführt hat, dass die Beklagte durch ihren auffälligen Verkehr mit fremden Männern sich einer schweren Verletzung der ehelichen Pflichten im Sinne des § 1568 B. G. B. schuldig gemacht habe, ist hinfällig. Wenn der Kläger angiebt, die Beklagte habe vor der Ehe der Parteien (im Jahre 1886) ein bräutliches Verhältniss mit dem Knecht G. gehabt und sich diesem geschlechtlich hingegeben, so würde darauf die Scheidungsklage nicht gestützt werden können. Die Anführungen in Betreff des angeblichen Verkehrs der Beklagten mit Pfarrer S. und mit Altsitzer A. erscheinen, soweit sie sich nicht lediglich auf beweislose Beobachtungen stützen, die der Kläger selbst gemacht haben will, durchweg unerheblich und zumal gegenüber dem eidlichen Zeugniss des S. (und auch der Zeugin M.) bezw. den Bekundungen des A., des Pfarrers H. und der I.'schen Eheleute belanglos. Die von dem Kläger in dieser Beziehung beigebrachten Briefe des Pfarrers H. und



des Bischofs T. ergeben nichts für die Behauptungen des Klägers und zu Ungunsten der Beklagten. Wenn der Gerichtsdiener S. aus O. im Frühjahr 1901, als Parteien dort wohnten und Kläger ebenfalls Gerichtsdiener in O. war, oft die Beklagte auch in Abwesenheit des Klägers besucht, und die Beklagte den S. ersucht haben soll, sich von Kläger nicht betreffen zu lassen, so wäre aus diesen Thatsachen, zumal bei der Lage der Sache, irgend ein Schluss gegen die Beklagte nicht zu ziehen. Die ferneren Behauptungen des Klägers: Die Beklagte habe zur Hebamme K. Aeusserungen gethan, aus denen hervorgegangen sei, dass sie nicht in Abrede stelle. mit anderen Männern geschlechtlich verkehrt zu haben;

> und der Gefangenaufseher R. in O. werde bekunden, dass er beobachtet habe, dass die Beklagte auch im Jahre 1895, als R. und die Parteien in W. wohnten, Verkehr mit anderen Männern suche;

erscheinen so allgemeiner Natur, dass sich eine Beweisaufnahme darüber (durch Vernehmung der K. und des R.) erübrigte. Auch wenn die beiden Zeugen die unter ihr Zeugniss gestellten Behauptungen des Klägers bestätigen würden, würde dadurch für die Beurtheilung der Sache (die Klage oder die Widerklage) erhebliches Material nicht gewonnen sein.

Endlich hat der Kläger in diesen Beziehungen noch behauptet gehabt: die Beklagte habe im Jahre 1890/91 (in J.) mit dem damaligen katholischen Pfarrer B. aus O. in einem intimen, unlauteren Verkehr gestanden und habe denselben auch im April 1900 (gelegentlich ihres Besuchs bei Pfarrer S. in B.) in F. aufgesucht und mit ihm verdächtigen intimen Verkehr gepflogen. Diese Behauptung ist aber klägerischerseits (in der Schlussverhandlung) selbst nicht mehr aufrecht erhalten und es bedarf daher auch nicht einer weiteren Ausführung, dass auch diese Behauptung — theils weil die betreffenden Thatsachen sich schon 1890/91 ereignet haben, theils wegen der Allgemeinheit der Behauptung anlangend das Jahr 1900 — irgend welche Beachtung auch sonst nicht hätten finden können.

Anlangend die Beleidigungen, deren sich Beklagte dem Kläger gegenüber schuldig gemacht haben soll, so steht durch die erstinstanzlichen Bekundungen der Zeugin M. fest, dass die Beklagte zu der Zeugin sich des Oefteren dahin geäussert hat, „dass Kläger wohl nicht ganz richtig im Kopfe sein müsse"; auch ist ohne Weiteres zu unterstellen, dass sich die Beklagte ähnlich wie zu der Zeugin M., so auch anderen Personen und insbesondere auch Vorgesetzten des Klägers gegenüber ausgelassen haben wird, und es sind endlich in den von dem Kläger beigebrachten Briefen (sowohl den von Rechtsanwalt S. in I. mit dem Schriftsatz vom 19. Januar 1903 überreichten, zwischen Blatt 47 und 48 der Acten befindlichen Brief, wie den Briefen und Brieftheilen, die von den Rechtsanwälten G. und C. in Sachen wegen Erlass einer einstweiligen Verfügung mit dem Schriftsatz vom 11. Februar 1904 überreicht sind) objectiv Beleidigungen des Klägers enthalten. Aber diese Aeusserungen und die in den Briefen enthaltenen Beleidigungen sind alle, zumal bei dem Zustande des Klägers und bei der Behandlung, die der Beklagten von dem Kläger, insbesondere in dessen, von dem ersten Richter des Näheren gewürdigten Briefen zu Theil geworden ist, nicht derartig, dass sie als schwere Verletzungen der durch die Ehe begründeten Pflichten erachtet werden könnten und dass anzunehmen wäre, dass die Beklagte durch jene Aeusserungen die Zerrüttung des ehelichen Lebens verschuldet hätte. Wenn der Kläger im April 1904 von dem Oberlandesgerichtspräsidenten zu K. aus dem Justizdienste entlassen ist, so beruht diese Entlassung selbstverständlich und offensichtlich nicht auf irgend welchen beleidigenden Aeusserungen und somit nicht auf schweren Verdächtigungen seitens der Beklagten.

Vorstehendem gemäss war in Uebereinstimmung mit dem ersten Richter die auf Scheidung gerichtete Klage des Klägers abzuweisen.

II. Dasselbe gilt von der eventuell von dem Kläger angestellten Klage auf Herstellung der häuslichen Gemeinschaft, denn die Beklagte ist berechtigt, ihrerseits auf Scheidung zu klagen (§ 1353 B. G. B.) und es war auf die von der Beklagten erhobenen Widerklage die Scheidung der Parteien auszusprechen.

Diese Widerklage ist in erster Linie auf § 1568, eventuell auf § 1569 B. G. B. gestützt. Die Beklagte ist der Meinung, dass der Kläger zwar jetzt geisteskrank ist und dieses auch schon zur Zeit der Klageanstellung gewesen sein mag, aber zur Zeit der Begehung der von ihr geltend gemachten Ehevergehungen noch nicht geisteskrank, vielmehr zu dieser Zeit noch soweit zurechnungsfähig gewesen sei, dass ihm die betreffenden Verfehlungen auch als Schuld angerechnet werden müssten. Letzterem konnte nicht beigetreten werden. Durch das zu gerichtlichem Protokoll vom 13. Januar 1904 abgegebene Gutachten des Kreisarztes Dr. P. aus O., sowie durch das Gutachten des Directors der Provinzial-Heil- und Pflegeanstalt K., des Sanitätsraths Dr. St., vom 22. December 1904, ist erwiesen, dass



der Kläger und Widerbeklagte geisteskrank ist und es ergiebt ferner das Gutachten insbesondere des Dr. P., dass diese Geisteskrankheit (mindestens) schon seit dem Januar 1901 besteht und zwar der Art, dass die in den Jahren 1901, 1902, 1903 von dem Kläger schriftlich und mündlich gegen seine Ehefrau vorgebrachten Beschuldigungen wegen Ehebruchs in einem die freie Willensmeinung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit erhoben sind.

Der Kläger hat auf Scheidung geklagt im October 1902; der (erfolglos gebliebene) Sühneversuch hat am 2. Juni 1902 stattgehabt; seit Mitte April 1901 ist unstrittig die häusliche Gemeinschaft der Parteien aufgehoben. Die Beklagte und Widerklägerin kann danach gemäss § 1571 B. G. B. ihre aus § 1568 ib. erhobene Scheidungsklage nur auf solche Handlungen stützen, die auf die Zeit bis sechs Monate vor Mitte April 1901, also auf die Zeit seit Mitte October 1900 entfallen und seitdem zu ihrer Kenntniss gelangt sind; ältere, ihr früher bekannt gewordene Vorgänge können von der Beklagten als selbständige Scheidungsgründe aus den §§ 1565 bis 1568 nicht mehr geltend gemacht werden. Die von dem Kläger der Beklagten und Widerklägerin zugefügten (objektiven) Beleidigungen entfallen, soweit die Beklagte dargethan hat, in die Zeit Januar 1901; die Bedrohungen der Beklagten sollen in der letzten Zeit des Zusammenlebens der Parteien, also ebenfalls in den ersten Monaten des Jahres 1901 erfolgt sein. Diese Handlungen aus dem Jahre 1901 und später, die an sich Ehescheidungsgründe bilden könnten, können dem Kläger aber als Schuld nicht angerechnet werden, da sie von ihm in einem die freie Willensbestimmung ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit begangen sind. Nun hat freilich die Beklagte auch noch behauptet, dass der Kläger sie bis zu der im April 1901 erfolgten Trennung der Parteien fortdauernd roh misshandelt, blutig geschlagen und gewürgt habe, und die Beklagte hat sich hierfür auf eine Reihe von Zeugen aus R. und O. berufen. Es kann aber in Betreff dieser Behauptungen nach dem Obengesagten auf Grund der Bestimmungen des § 1571 B. G. B. nur die Zeit seit Mitte October 1900 in Betracht kommen, und der Senat hat keinen Zweifel, dass der Kläger, wie im Januar 1901 und später, so auch mindestens schon seit October 1900 geisteskrank und, was die hier in Frage stehenden Handlungen anlangt, unzurechnungsfähig gewesen ist. Die Beklagte hat selbst behauptet und umfassenden Beweis dafür angetreten, dass auch schon in der hier nur fraglichen Zeit: in R. und O. (sowie in B.) allgemein davon gesprochen sei, dass Kläger nicht bei Sinnen sei, sie hat selbst ausweislich der Bekundungen der Zeugin Henriette M. dieser gegenüber schon während des Aufenthalts der Parteien in R., der vor demjenigen in O. seit Frühjahr 1901 liegt, sich selbst des Oefteren dahin ausgelassen, dass der Kläger wohl nicht ganz richtig im Kopfe sein müsse. Der Kläger hat auch schon damals, wie von der Zeugin M. ausdrücklich bekundet ist, der Beklagten fortwährend Vorwürfe wegen angeblichen Ehebruchs — insbesondere auch mit dem katholischen Pfarrer aus S. gemacht. Der Zustand des Klägers ist danach offenbar in der zweiten Hälfte des Jahres 1900 derselbe gewesen wie in der Zeit nachher. Dieser Annahme steht auch nicht etwa das Gutachten des Dr. P. entgegen. Wenn derselbe sein Gutachten dahin abgegeben hat: dass der Zustand des Klägers seit Januar 1901 bestehe, wie der Sachverständige aus den bei den Acten befindlichen Briefen des Klägers schliesse, so hängt dieses lediglich damit zusammen, dass der Sachverständige nur in Betreff der Jahre 1901 (im Januar), 1902 und 1903 unter Vorlegung von Briefen des Klägers aus den Jahren 1901 und 1902 über den Zustand desselben befragt war, und dass der Sachverständige weder Veranlassung noch Material hatte, um sich über den Zustand des Klägers vor Januar 1901 auszulassen.

Danach hat der Senat die Klage der Beklagten und Widerklägerin aus § 1568 B. G. B. nicht zugelassen. Begründet aber erschien ihre Klage aus § 1569. Wie bereits erörtert ist, ist der Kläger in Geisteskrankheit verfallen und dauert die Krankheit (während der Ehe) mehr als drei Jahre. Sie hat aber auch einen solchen Grad erreicht, dass die geistige Gemeinschaft zwischen den Parteien aufgehoben ist; dem Kläger und Widerbeklagten mangelt, wie seine Briefe und sein Verhalten der Beklagten gegenüber darthun, völlig das Vermögen gerade seine ehelichen Verhältnisse richtig aufzufassen und zu würdigen. Die geistige Gemeinschaft stellt das wechselseitige ideelle Band dar, vermöge dessen die Eheleute sich durch die Ehe und durch die aus derselben entfliessenden sittlichen Pflichten und Rechte mit einander verbunden fühlen; dieses Band ist infolge der Wahnideen des Klägers zerstört. Dabei ist nach dem Gutachten des Sachverständigen Dr. St., namentlich bei Berücksichtigung der langen Dauer der Krankheit, ein Umschwung in den Anschauungen des Klägers (trotz des Briefs desselben vom 8. December 1904) aus-



geschlossen und es ist damit, zumal bei der Tiefe und Festigkeit, mit denen sich Kläger in seine die geistige Gemeinschaft ausschliessenden Wahnvorstellungen eingesponnen hat, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen.

Hiernach war auf die Berufung des Klägers das erste Urtheil insoweit abzuändern, dass der Kläger für schuldig an der Scheidung nicht zu erklären (cfr. § 1574 B. G. B.) und dass zugleich ein (verhältnissmässiger) Theil der Kosten des Rechtsstreits der Beklagten aufzuerlegen war, da dieselbe nicht gänzlich obgesiegt hat, vielmehr mit ihrem Verlangen, dass dem Kläger die Schuld an der Scheidung beigemessen werde, unterlegen ist (§ 92 C. P. O.).

Das Gutachten vom 22. December 1904 lautete:

Gutachten.

Für die Beurtheilung des Geisteszustandes des früheren Gerichtsdieners W. ist in erster Linie nothwendig, festzustellen, ob seine Behauptungen von der vielfachen Untreue seiner Ehefrau Wahnideen sind, oder nicht. Das Oberlandesgericht ist überzeugt, dass diese Behauptungen unrichtig sind, dass sie vielmehr als Symptome einer bestehenden Geistesstörung anzusehen sind. W. wurde auf seinen Antrag vom 29. Februar 1904 bis zum 20. März 1904 in hiesiger Anstalt beobachtet. Es gelang mir trotz mancher Bemühungen nicht, jeden Zweifel an der Unschuld der Ehefrau zu heben, so dass ich nur eine Wahrscheinlichkeits-Diagnose stellen konnte. Abgesehen nämlich davon, dass die Behauptungen des p. W. mir höchstwahrscheinlich als nicht richtig erschienen, erweckte das Studium der Acten und die vielen mündlichen Unterhandlungen in mir den Verdacht, dass die Ideen über die Untreue seiner Ehefrau nur Theilerscheinungen seien einer das ganze Geistesleben beherrschenden Krankheit, nämlich des Querulanten-Wahnsinns. Da nun ein Zweifel an der Unrichtigkeit der Ideen des p. W. nach dem Beschluss des Oberlandesgerichts nicht bestehen kann, erscheint mir die ganze Sachlage in einem andern Licht, der frühere Verdacht, dass es sich bei p. W. um Querulanten-Wahnsinn handelt, ist mir zur Gewissheit geworden. Mit dieser Diagnose muss die Beantwortung der mir gestellten Frage, ob Aussicht vorhanden ist, dass „Kläger von den ihn beherrschenden Wahnvorstellungen (betreffend den von seiner Ehefrau vermeintlich geführten unsittlichen Lebenswandel, insbesondere dass dieselbe mit dem Altsitzer A., dem Altsitzer S., dem Pfarrer S. und andern Ehebruch getrieben habe) befreit werden wird", verneint werden. An dieser Auffassung ändern die beiden mir am 9. cr. zugegangenen Schreiben des Pflegers und des p. W. selbst nichts. Dieselben lauten wie folgt:

„S., den 3. December 1904.

Herrn Director St., Hochwohlgeboren K.

Wie mir als Processpfleger bekannt ist, wurde im Termin am 10. November cr. vom Kgl. Oberlandesgericht beschlossen, dass Ew. Hochwohlgeboren ein Gutachten über den Geisteszustand des W. abgeben sollen. Ich kenne p. W. seit seiner Jugend, auch hält sich gegenwärtig W. vom Mai d. J. bei mir auf, ich habe an denselben auch nicht die geringste Kleinigkeit beobachtet, dass er irgend in einer Weise Anstoss erregen würde. W. will den Verdacht, dass seine Frau mit andern Männern Ehebruch betrieben hat, fallen lassen. Dass W. nicht geisteskrank ist, beweist das erste Gutachten des Kreisarzt Dr. P. in O., das Gutachten des Kreisarzt Dr. N. in I., die Atteste seiner vorgesetzten Behörde in O., seine vorzügliche Führung bei Gericht und beim Militär. Das Gutachten, das Ew. Wohlgeboren jetzt abgeben soll, hängt von W.'s Wohl und Wehe ab.

Hochachtungsvoll
gez. H., Gutsbesitzer."

„S., den 8. December 1904.

Sehr geehrter Herr Director!

Die in meinem Ehescheidungsprocesse als Wahnvorstellungen bezeichneten Behauptungen, betreffend den Ehebruch mit katholischen Geistlichen u. s. w., nehme ich hiermit zurück, mein Anwalt ist hiervon heute von mir und dem Processpfleger in Kenntniss gesetzt worden.

Hochachtungsvoll
gez. W."

Die Prognose ist bei dieser Krankheitsform im Allgemeinen trübe, ein Umschwung in der Anschauung, wie er in dem letzten Schreiben zum Ausdruck gebracht ist, ist ausgeschlossen, namentlich wenn die lange Dauer der Krankheit berücksichtigt wird.

Provinzial-Heil- und Pflege-Anstalt K.,
den 22. December 1904.
Der Director.
gez. Dr. St., Sanitäts-Rath.

Kliniken für psychische und nervöse Krankheiten.

Von *Prof. Dr. Sommer*-Giessen.

Der Umstand, dass die psychiatrische Klinik in Giessen vor einiger Zeit den Namen Klinik für psychische und nervöse Krankheiten erhalten hat, veranlasst mich im Hinblick auf den längst vorhandenen, nur in letzter Zeit mehr offenkundig gewordenen Antagonismus mancher Psychiater und innerer Kliniker mit Bezug auf Nervenpathologie einiges über Zweck und Vorgeschichte dieser Namensänderung mitzutheilen. Gleich bei meiner Berufung nach Giessen (1895) bin ich dafür eingetreten, dass



mit der psychiatrischen Klinik eine Poliklinik für Nervenkrankheiten verbunden werde. Da der damalige Vertreter der inneren Medizin hierdurch eine Schädigung seiner klinischen Interessen fürchtete, einigte ich mich mit demselben und der medicinischen Fakultät auf die Benennung: „Psychiatrische Klinik mit Poliklinik für Psychisch-Nervöse", welch letztere Bezeichnung unterdessen auch anderwärts in gleichem Sinne benutzt worden ist. Meiner Erwartung entsprechend ist durch die Errichtung dieser Poliklinik, die dem psychiatrischen Unterricht viele sehr lehrreiche Uebergangsfälle zugeführt hat, eine Schädigung der inneren Klinik in keiner Weise erfolgt und statt der befürchteten Rivalität hat sich seit einer Reihe von Jahren ein durchaus kollegiales Zusammenwirken der benachbarten inneren und psychiatrischen Klinik in Giessen herausgebildet.

Der neurologische Unterricht mit besonderer Berücksichtigung der Unfallsnervenkrankheiten ist in Form eines wöchentlich einstündigen Kurses seit einer Reihe von Jahren von mir in der psychiatr. Klinik neben den psychiatrischen Vorlesungen ertheilt worden. Ermöglicht wurde derselbe einerseits durch den Bestand der Poliklinik, anderseits durch die freiwillig in die psychiatrische Klinik zur Begutachtung oder Behandlung eintretenden Nervenkranken und „Psychisch-Nervösen".

Es war daher nur der Abschluss einer seit 10 Jahren geschehenen Entwickelung, als ich eine Namensänderung in obigem Sinne beantragte, was aus rein zufälligen Ursachen zeitlich ungefähr mit dem Ableben meines Kollegen Riegel zusammentraf. Um die Berufungsverhandlungen nicht zu stören, verschob ich den Antrag bis zur Anwesenheit seines Nachfolgers Prof. Moritz, mit dem ich mich alsbald schriftlich und mündlich ins Benehmen setzte.

Meine Motive waren folgende:

„Seit längerer Zeit habe ich mich bemüht, mit Rücksicht auf die freiwillig in die Klinik eintretenden psychisch-nervösen Kranken den Namen „Irrenklinik", der früher vielfach angewendet wurde, nach Möglichkeit zu beseitigen. Durch eine Verfügung des Grossherzoglichen Ministeriums ist meiner diesbezüglichen Bitte in sehr dankenswerther Weise Rechnung getragen worden. In der That ist auch offenbar infolge dieser Verfügung die genannte Benennung, welche auf eine Anzahl der Kranken in der Klinik nicht passt, seltener geworden. Andererseits hat sich auch jetzt noch die Einseitigkeit der Bezeichnung in vielen Fällen störend bemerklich gemacht, da immer noch vielfach die Meinung hervortritt, als seien die Insassen der Klinik ohne Weiteres als Geisteskranke zu betrachten, während das Regulativ den freiwilligen Eintritt in geeigneten Fällen vorsieht. Eine gründliche Aenderung und Verbesserung kann nur erfolgen, wenn dem Vorhandensein von freiwillig eintretenden Nervösen in dem Namen der Klinik von vornherein Ausdruck gegeben wird.

Es läge nun am nächsten, dieselbe einfach als psychiatrische und Nervenklinik zu benennen. Die entsprechende Einrichtung besteht schon an einer Reihe von Universitäten, z. B. Berlin, Halle, Kiel, neuerdings auch in Göttingen nach Angliederung einer Poliklinik für Nervenkranke mit stationärer Abtheilung an die psychiatrische Klinik.

Sachlich bedingt ist diese Verbindung dadurch, dass eine grosse Menge von Psychosen auf dem Boden von Neurosen und sonstigen Nervenkrankheiten erwachsen und nicht ohne Zusammenhang mit diesen gelehrt werden können (z. B. Psychosen bei Hysterie, Epilepsie, Chorea, Paralysis agitans, multipler Sklerose, tabisch paralytische Erkrankungen usw.). Im Hinblick auf diese klinischen Zusammenhänge bin ich von Anfang an für möglichst freie Aufnahme-Bedingungen der Klinik eingetreten und habe eine Poliklinik für psychisch Nervöse eingerichtet.

Es ist Thatsache, dass diese Einrichtung zur Aufnahme einer Reihe von Uebergangsfällen aus dem psychiatrisch-neurologischen Mittelgebiet in die Klinik geführt haben, was sich in der im Verhältniss zu typischen Irrenanstalten relativ grossen Zahl der freiwillig in die Klinik Eintretenden ausdrückt. Der Doppelfunktion der psychiatrischen Klinik ist gerichtlich dadurch Rechnung getragen, dass der Unterzeichnete als Sachverständiger für Psychiatrie und Nervenkrankheiten vereidigt ist und die Klinik zur Begutachtung in beiden Beziehungen benutzt wird.

Es haben sich mit den in die Klinik aufgenommenen Nervösen die von mir seit einer Reihe von Jahren abgehaltenen Kurse über Diagnostik der Nervenkrankheiten ermöglichen lassen, wenn auch vom Standpunkt der klinischen Vollständigkeit das Material lückenhaft und einseitig war, da es sich wesentlich aus Unfallsnervenkrankheiten zusammensetzte.

Dabei machte ich die Erfahrung, dass oft sehr interessante Fälle nicht in die Klinik kamen, weil die Betreffenden sich scheuten, das Odium eines Aufenthaltes in einer den Namen nach rein psychiatrischen Anstalt auf sich zu nehmen. Die Zahl der Nervösen in der Klinik ist daher kleiner, als sie in Anbetracht der Bauart und Raumverhältnisse dieser sein könnte. Bei einer deutlichen Hervorhebung der Aufnahmefähigkeit der Klinik auch in dieser Beziehung ist



irgend welche Schädigung der inneren Klinik nicht zu erwarten, da die möglicherweise nach Giessen heranzuziehende Menge von nervösen Erkrankungen nach meiner privaten Erfahrung eine ganz bedeutende ist. Thatsache ist jedenfalls, dass eine Beeinträchtigung der inneren Klinik durch die Aufnahme von Nervösen in die psychiatrische Klinik und durch die Poliklinik für psychisch Nervöse nicht im Geringsten erfolgt ist. Um eine Schädigung der inneren Klinik sicher auszuschliessen, verzichte ich darauf, den Namen „Psychiatrische und Nervenklinik" vorzuschlagen und halte den Ausdruck „Klinik für psychische und nervöse Krankheiten" für ausreichend, um den vorhandenen Thatbestand auszudrücken."

Es ist hieraus ersichtlich, dass ich von vornherein das Interesse des innern Klinikers und des Psychiaters an Nervenkrankheiten in gleicher Weise im Auge behielt und von einem einseitigen Radikalismus frei war.

Gegen die Bezeichnung „Psychiatrische und Nervenklinik" hatten sich die Bedenken erhoben,

1. dass dabei auch solche Fälle in die Klinik gehören würden, die wie z. B. Querschnittsmyelitis, peripherische Neuritis und vieles andere ohne psychische Symptome auch im weitesten Sinne, einhergehen,

2. dass dadurch der Anschein erweckt werden könnte, als ob eine Monopolisirung der Nervenkranken in dieser Klinik unter Ausschluss der inneren beabsichtigt sei.

Um diesen Schwierigkeiten aus dem Wege zu gehen, wurde mit völligem Einverständniss von beiden Seiten der Name „Klinik für psychisch und nervöse Krankheiten" gewählt, der meines Erachtens beiden Interessen völlig gerecht wird.

Was die sprachliche Form betrifft, so könnte man sagen, dass es wohl im deutschen Sprachgebrauch nervöse Kranke aber keine nervösen Krankheiten giebt. Jedoch lässt sich nicht nur im Hinblick auf die Ansdruckweise unserer Nachbaren (maladies mentales et nerveuses, malatie mentalie nervose, nervous and mental diseases) sondern auch im Sinne des deutschen Sprachgebrauches die Bezeichnung gerade im Sinne einer gerechten Abgrenzung des Gebiets rechtfertigen, indem man unter „Nervös" besonders diejenigen Gruppen von Nervenkrankheiten zusammenfasst, welche in irgend einer Weise psychische Erscheinungen auch leichterer Art zeigen (Erreglichkeit, Angst u. s. w. etc.), die mit der Natur der Nervenvorgänge zusammenhängen. Die Erforschung dieser psychophysischen Beziehungen der Nervenpathologie ist eine sehr wichtige Aufgabe der Psychiatrie, falls diese nicht nur einseitig psychische Symptome regristriren, sondern deren Pathogenese aus den Zuständen des Nervensystems verstehen will.

In dieser Beziehung muss ich mich gegen die neuerdings manchmal hervortretende Neigung, das Studium des Nervensystems als etwas Nebensächliches für den Psychiater zu betrachten, und gegen die einseitig psychologische Betrachtungsweise im Allgemeinen entschieden aussprechen, anderseits muss offen erklärt werden, dass auch der innere Kliniker die Nervenpathologie nicht entbehren kann.

Von diesem Standpunkt habe ich mich mit meinem Kollegen Moritz auch über den Unterricht in Nervenpathologie, den ich seit einer Reihe von Jahren allein gehalten hatte, dahin verständigt, dass wir jedes Semester abwechselnd einen besonderen Kurs darüber abhalten oder abhalten lassen, anderseits in unseren klinischen Vorlesungen das nervenpathologische Gebiet dem Zweck der inneren und psychiatrischen Klinik entsprechend berücksichtigen.

Dieses Verhältnis dürfte den wirklichen Interessen des Unterrichts und der Facultät mehr entsprechen, als die anderwärts in den letzten Jahren mehrfach hervorgetretene Einseitigkeit in der Vertretung der Interessen, die nur zur Schädigung der Sache und zu weitgehenden Folgen z. B. bei Berufungen führt.

Vielleicht können diese Mittheilungen zur friedlichen Regelung der Angelegenheit auch an anderen Hochschulen beitragen, soweit diese nicht schon erfolgt ist.

Mittheilungen.

XXXVI. Versammlung der südwestdeutschen Irrenärzte in Karlsruhe am 4. und 5. November 1905. Bericht von Privatdocent Dr. Bumke in Freiburg i. B. (Schluss.)

12. Medicinalrath Dr. Kürz (Heidelberg). Der Fall Hirschberg als res judicata.

Der Vortrag, welcher in den „juristisch-psychiatrischen Grenzfragen" ausführlich erschienen ist, behandelt nicht den durch die Broschüre „Siebzehn Tage im Irrenhaus" bekannt gewordenen Fall H. selbst, sondern nur die Entscheidung des Oberlandesgerichts, welcher der ganzen Affäre den Schein grösserer Be-



deutung aufgedrückt hat. Das Oberlandesgericht hatte eine gegen die betheiligten Aerzte erhobene Klage der Frau H. wegen Freiheitsberaubung zwar abgelehnt, aber „entschieden", dass die Dame bei ihrer Einlieferung gar nicht geisteskrank war, die betreffenden Aerzte somit wenig kritisch und leichtfertig gehandelt haben. Diese Entscheidung, welche die Basis einer Reihe schwerer Angriffe sowohl der betreffenden Dame als auch Anderer auf die Irrengesetzgebung und die Psychiater bildete, ist, wie der Vortragende nachwies, zwar legaliter, aber auf Grund eines sehr lückenhaften Untersuchungsmaterials und ohne Anhörung eines Sachverständigen erfolgt, dürfte somit für den Eingeweihten jene sachliche Bedeutung, die ihr bisher zugeschrieben wurde, nicht beanspruchen können.

Discussion:

Medicinalrath Kreuser: Durch den Beifall hat die Versammlung schon gezeigt, dass sie dem Herrn Medicinalrath Kürz besonders dankbar sei für die eingehende Darlegung eines solchen Falles, da es ganz gewiss von grösstem Werth ist für unseren ganzen Stand, dass alle solche Fälle mit aller derjenigen Gründlichkeit untersucht und geprüft werden, die uns überhaupt möglich ist; denn immer wieder häufen sich ja die Angriffe gegen diese angeblich widerrechtlichen Internierungen in den Anstalten, und es wird dabei doch immer wieder übersehen, dass schon durch die Forderungen, die gestellt werden müssen, um eine solche Prüfung über den Geisteszustand einer einzelnen Person ausserhalb der Anstalt vor ihrer Aufnahme in so gründlicher Weise zu ermöglichen, eine Beschränkung für die betreffende Person erfolgt, die unter Umständen sehr viel schwerer wirkt, als diejenige, welche die Aufnahme in eine Anstalt nur für kurze Zeit mit sich bringt: So wünschenswerth es ist, dass solche Fälle vermieden werden, sie absolut unmöglich zu machen, wird, glaube ich, niemals gefordert werden können.

Professor Dr. Hoche-Freiburg: Ich möchte mich zunächst dem Dank des Herrn Vorsitzenden an den Herrn Vortragenden anschliessen, dass er diese Sache überhaupt hier zur Sprache gebracht hat. Ich speciell habe Anlass dazu, weil ich so wie so vorhatte, diesen Fall an der Hand des gesamten Aktenmaterials, in der wissenschaftlichen Oeffentlichkeit zur Discussion zu stellen.

Wir sind ja als Psychiater in solchem Falle nicht im Zweifel über diejenigen Erwägungen, die dabei platzgreifen müssen. Dass die Richter hier sehr gründlich im Zweifel gewesen sind, das hat ja das zum Theil vorgelesene Urtheil erwiesen.

Es ist nun, wenn man dieses Urtheil im einzelnen liest, eigentlich nicht wohl verständlich, wie ein hochstehendes Gericht sich mit einer Prüfung des Thatbestandes begnügt, die keine ganz beliebige Strafkammer als genügend ansehen würde. Es genügt im Strafverfahren gewöhnlich, wenn der Vertheidiger sagt, dass der Verdacht auf Geisteskrankheit vorliegt, um zu veranlassen, dass ein Sachverständiger mit der Prüfung und Beobachtung des Geisteszustandes betraut wird. Ob es in diesem Falle möglich gewesen wäre, die Frau Hirschberg zu zwingen sich untersuchen zu lassen, das weiss ich nicht. Dass das Gericht aber jedenfalls in der Lage gewesen wäre, einen unbetheiligten Sachverständigen oder auch bei der Wichtigkeit der Sache mehrere auf Grund des Aktenmaterials und eventueller weiterer Vernehmungen zu hören, das kann billiger Weise nicht bezweifelt werden.

Das Urtheil weisst eine Reihe eigenthümlicher Stellen auf, auf die ich doch hinweisen möchte, weil sie sehr charakteristisch für die Stellung sind, die Juristen gelegentlich Geistesstörungen gegenüber überhaupt einnehmen.

Es findet sich da z. B. der Passus, wie schon erwähnt, dass die Dame „nervös erregbar und leidend" gewesen sei, so dass der Eindruck dem „einer seelischen Störung nicht unähnlich war", und es wird dem leitenden Arzt der Irrenanstalt zum Vorwurf gemacht, dass er als Specialarzt nicht im Stande war, diesen ähnlichen Eindruck von einer wirklichen Geistesstörung zu unterscheiden. Soweit ist das Gericht auch gekommen, dass es zugiebt, dass die Frau geisteskrank ausgesehen hat, und trotzdem übernehmen es die Richter aufgrund ihrer eigenen Sachkunde, zu entscheiden, dass die betr. Frau nicht geisteskrank gewesen sei.

Bemerkenswerth ist dann weiter der Schluss, den das Gericht zieht, indem es sagt: Dass die Frau nach der Aufnahme einen Selbstmordversuch gemacht habe, ist kein Beweis dafür, dass sie überhaupt krank gewesen ist. Das Gericht sagt: Dieser Selbstmordversuch in der Anstalt giebt der Darstellung der Pflegerin bezüglich der Lebensüberdrüssigkeit einigen Schein von Glaubwürdigkeit. Da aber die Frau sich nach der Aufnahme umzubringen versucht hat, kann man daraus nicht schliessen, dass sie abnorm war, sondern sie hat sich nur umzubringen versucht, weil sie eingesperrt war.

Das Urtheil hat so viele anfechtbare Stellen, dass man über die Nothwendigkeit einer objektiven Prüfung der Sache selbst dabei hinwegkommt. Man hat kaum mehr nöthig zu fragen: War Frau Hirschberg geisteskrank oder nicht?

Ich will Ihnen meine persönliche Meinung über diesen Punkt nicht vorenthalten, die dahingeht, dass Frau Hirschberg zweifellos geistig abnorm war, dass es sich bei ihr um schwere constitutionelle Veränderungen gehandelt hat. Wer die Broschüre gelesen hat, hat den Eindruck einer ganz bestimmten Art von hysterischer Persönlichkeit mit einer ausgezeichneten Technik die Dinge für sich günstig darzustellen, wie sie in solchen Fällen häufig zur Beobachtung kommt. Die Dame darf sich über diese Beurtheilung nicht beklagen, nachdem sie selbst an die Oeffentlichkeit appelliert hat.

Die Bedeutung dieses Falles ist ja für uns natürlich nicht erschöpft mit der Feststellung, dass ein Gericht auf grund einer vom psychiatrischen Standpunkt gesehen objektiv unzulänglichen Untersuchung ein Urtheil abgegeben hat; die ganze Frage hat für uns ein viel grösseres Interesse, weil es sich um einen Fall aus der Reihe derer handelt, die immer wieder die Oeffentlichkeit in ganz bestimmter Richtung be-



schäftigen und beunruhigen. Speciell der Fall Hirschberg ist neuerdings in einer juristischen Broschüre, die mit einem empfehlenden Vorwort von Eulenburg, der meines Wissens niemals Irrenarzt war, in die Welt gegangen ist, als einer derjenigen Fälle verwerthet worden, die beweisen sollen, dass es in Deutschland eine Kleinigkeit sei, geistesgesunde Leute in ein Irrenhaus zu sperren. Ich habe vor einiger Zeit in der Besprechung der Arbeit (Gaupps Centralbl.), Anlass genommen, die Juristen zu ersuchen, sie möchten erst einmal feststellen, wieviele Jahre Untersuchungshaft in einem Jahre unschuldig verhängt werden, wieviele Geisteskranke in jedem Jahre von den Gerichten verurtheilt werden, und dass sie sich erst nach diesen Feststellungen die Reform der Psychiatrie angelegen sein lassen möchten.

Es wird Gelegenheit gegeben sein, bei Anlass der Besprechung dieses Falles, sich auch mit juristischen prinzipiellen Auffassungen zu beschäftigen. Und da ist charakteristisch die hohe Meinung, die die Richter zum Theil — ich spreche nur von den in diesem Falle hier an die Oeffentlichkeit tretenden Richtern — von ihrem eigenen ärztlichen Wissen haben, zu denen nun eben einmal Sachkunde gehört, und in entscheidender Weise in die Waagschaale werfen.

Und schon aus diesem Grunde darf der Fall nicht unter den Tisch fallen, sondern muss in aller wünschenswerther Oeffentlichkeit und Ausführlichkeit besprochen werden.

13. Dr. Oscar Kohnstamm (Königstein i. Taunus). Hohe Haemoglobinzahlen als Degenerationszeichen?

Durch ein zufälliges Zusammentreffen habe ich in der letzten Zeit bei zwei in den zwanziger Jahren stehenden Psychopathen einen Befund erhoben, dem möglicherweise allgemeinere Bedeutung zukommt. — Bei dem einen Patienten, der nosologisch schwer zu klassificiren ist, veranlasste die tiefrothe, häufig cyanotische Färbung der Lippen zur Blutuntersuchung. Während der viele Monate dauernden Beobachtungszeit bewegte sich der Haemoglobingehalt stets zwischen 125 und 140%, mit dem Sahli-Gower'schen Haemoglobinometer gemessen. Der Circulationsapparat war intakt, das Herz leistungsthätig. Körperanstrengungen hatten keinen Einfluss auf die Cyanose. Die Milz war nicht vergrössert. Bei diesem Patienten war trotz reichhaltigster Ernährung eine Zunahme des Körpergewichts nicht zu erzwingen. Vielleicht entsprach dem vermehrten Haemoglobin eine gesteigerte Verbrennung. An Tagen mit stärker ausgesprochener Cyanose war die Nervosität wohl etwas gesteigert — möglicherweise ist der Causalzusammenhang auch umgekehrt zu verstehen. — Somit wies keine subjektive Beschwerde auf eine derartige Anomalie hin. Es bestand im Gegentheil fast völliges Wohlbefinden. —

Kraepelin berichtet in seinem Lehrbuch unter den vasomotorischen Symptomen der Dementia praecox u. a. auch von Cyanose. —

Dass bei psychopathischen Zuständen eine auffallende Unabhängigkeit des Körpergewichts von der Nahrungsaufnahme vorkommen kann, ist allgemein bekannt. Nur bei den thyreogenen Erkrankungen ist diese Disproportionalität durch den verminderten bezw. gesteigerten Betrag der Oxydationen hinreichend erklärt. —

Der zweite Patient, den ich nur kurz beobachten konnte, litt an einer manisch-depressiven Psychose leichtesten Grades (Cyklothymie, Hecker), die nach mehrwöchentliehem Aufenthalt in meiner Anstalt einstweilen in Heilung ausging. —

Bei beiden Patienten konnten weder Abweichungen der Zahl noch des histologischen Charakters der Blutkörperchen festgestellt werden. Doch ist dieser Theil der Beobachtung nicht abgeschlossen. Ebenso wird es von anderweitigen Bestätigungen abhängen, ob man diese Hyperchromämie der Psychopathen als Degenerationszeichen ansehen darf.

14. Dr. Berliner-Giessen berichtet über einen in der dortigen Klinik beobachteten Fall von Kleinhirntumor (Kopfschmerzen, Erbrechen, Stauungspapillen, Nystagmus, statische Ataxie) mit psychischen Störungen, die den Aequivalenten epileptischer Anfälle sehr ähnelten. Ausserdem traten Zwangsbewegungen des gesammten Muskelsystems auf, vom Charakter der willkürlichen, koordinierten Bewegungen, wie sie bisher erst einmal (von Oppenheim) beim Tumor cerebelli beschrieben worden sind. Dass es sich nicht um gewollte Bewegungen handelte, konnte, ebenso wie bei dem Kranken Oppenheim's, leicht nachgewiesen werden, da das Sensorium meist frei war. Vortragender fasst diese Bewegungen als Folge einer Reizung der gesammten Kleinhirnrinde auf. Der Fall wird ausführlich zur Publication kommen. (Autoreferat.)

Die nächste Versammlung findet in Tübingen statt; Geschäftsführer sind die Herren Wollenberg und Kreuser. Referatthema: „Erfahrungen über Nachtwachen in Irrenanstalten". Referent: Herr Director Krimmel (Zwiefalten).

7. Jahresversammlung des Vereins norddeutscher Psychiater und Neurologen am 20. October 1905 im St. Jürgen-Asyl, Ellen bei Bremen. (Schluss.)

II. Herr Siemerling-Kiel: Simulation und Geisteskrankheit bei Untersuchungsgefangenen.

Siemerling verwirft zunächst bei Würdigung der Anerkennung der Erfahrungsthatsache, dass sich Simulation und Geisteskrankheit nicht ausschliessen, als unrichtig die Ansicht, dass reine Simulation ohne geistige Störung überhaupt nicht vorkomme. Er fand unter 64 begutachteten Fällen des Kieler Materials 2 Simulanten in dem Sinne, dass sich ausser dem vorgetäuschten Zustand nichts von geistiger Störung entdecken liess, auch kein Schwachsinn in erheblichem Umfange. Von weiteren Fällen seiner Beohachtung boten 2 während der Untersuchungshaft eigenartige Zustände von Stupor dar, welche in kürzester Zeit abliefen, andere wollten sich das Bestehen von Hysterie oder hysterischen Symptomen und Epilepsie zu Nutze machen, um daraus einen Erinnerungsdefekt für die Zeit der That zu konstruiren. Besonders weist S. auf die Schwierigkeiten bei der Beurtheilung



hinsichtlich Simulation der von Ganser beschriebenen Dämmerzustände auf hysterischer Basis hin, zumal dieselben fast ausschliesslich bei Untersuchungsgefangenen vorkämen. Auf Grund von 2 Fällen, bei denen jede hysterischen Antecedentien und Anzeichen fehlten, ist er geneigt, derartige Dämmerzustände nicht als ausschliesslich hysterisch aufzufassen. Der eine Angeschuldigte gab in der klinischen Beobachtung die Vortäuschung des Zustandes zu. Bei dem 2. Fall nimmt S. einen durch den Einfluss der Untersuchungshaft und die infolge der zu erwartenden schweren Strafe gesetzte Erregung erzeugten „akuten Stupor" an, der für die Zeit der That nicht weiter in Betracht komme. Die von S. beobachteten am meisten von Simulanten „vorgemachten" Formen geistiger Störung sind Blödsinnszustände, leichte Depressionen und paranoische Zustände, sowie Vortäuschungen eines Erinnerungsdefekts. Er führt einige Fälle an, wo bei im Vorleben nachgewiesenen epileptischen und anderweitigen nicht ganz sicher gestellten Anfällen Erinnerungsdefekte vorgetäuscht wurden. Besonders schwierig sei auch die Beurtheilung der Fälle, wo ein mässiger Grad von Schwachsinn nicht auszuschliessen, der aber nicht so erheblich sei, dass er unter § 51 fallend anzusehen sei. Auch hierfür 2 Beobachtungen, von denen die eine besonders interessant, da der mehrfach Vorbestrafte gelegentlich einer neuen Untersuchungshaft wegen Sittlichkeitsvergehens einen Blödsinnszustand und nach der Verurtheilung während der Gefangenschaft einen Zustand von Dementia paralytica vorzutäuschen versuchte und zwar so getreu, dass der Gefängnissarzt thatsächlich diese Diagnose stellte, die erst nach längerer klinischer Beobachtung fallen gelassen wurde. Bei einem späteren Aufenthalt in der Kieler Klinik versuchte er nochmals einen Blödsinnszustand zu simulieren. Dabei ahmte er deutlich andere Kranke nach. Wie hier, so hält S. es im allgemeinen für beachtenswerth, dass die Simulanten, abgesehen von der Neigung zur Uebertreibung, das Bestreben haben, andere Kranke ihrer Umgebung zu kopieren. Dies Bestreben fördere die Diagnose insofern, als die Simulanten ihr theoretisch konstruirtes, an sich mögliches Krankheitsbild durch die Aufnahme unpassender Züge selbst störten.

S. warnt davor, auf das blosse Geständniss der Simulation hin solche anzunehmen, da es nicht selten sei, dass „Geisteskranke Simulation simuliren" (Moeli).

Er empfiehlt zur Förderung der Feststellung der Simulation neben Geduld hydriatische Proceduren und den elektrischen Strom.

Es sei nicht angängig, auf Grund eines einzelnen Symptoms die Diagnose „Simulation" zu stellen, sondern der ganze Fall müsse in seiner Entstehung, Verlaufsweise und seinen Symptomen Berücksichtigung finden.

Discussion:

Herr A. Cramer-Göttingen hält es für werthvoll, dass Siemerling, was die Häufigkeit der Simulation betrifft, auf den Unterschied hingewiesen hat, der besteht zwischen den Fällen, die zur Anstaltsbeobachtung kommen und den Fällen, die man in den Gefängnissen sieht. Damit ist die grosse Differenz in den Angaben über die Häufigkeit der Simulation zum grossen Theil aufgeklärt; denn die zur Beobachtung auf Grund des § 81 St.-P.-O. kommenden Fälle stellen eine Auslese dar; bei ihnen ist Simulation selten. Cramer hat unter weit über 100 derartigen Fällen nur 2 mal echte Simulation gesehen, während bei all den Fällen, die in Untersuchungshaft vorkommen, bei denen also keine Auslese vorgenommen ist, Simulation sicher ungleich häufiger ist.

Director Delbrück-Bremen hat in den ersten 12 Jahren seiner psychiatrischen Thätigkeit nur einen, in den letzten 7 Jahren in Bremen eine ganze Reihe von Simulanten gesehen; vielleicht hänge dieses mit der bekanntlich sehr hohen Criminalität Bremens zusammen. Auch er hat wiederholt den elektrischen Strom mit gutem Erfolge angewandt. Schliesslich betont D., dass die circumsripten Amnesieen mitunter sehr schwer zu werthen sind. Ein auch manchem der anwesenden Herren bekannter Epileptiker seiner Beobachtung zeigte vollständige Amnesien für grössere weit zurückliegende Zeiträume aus seinem Vorleben (z. B. einen längeren Aufenthalt in Württemberg, längerdauernden Aufenthalt in verschiedenen Irrenanstalten etc., für die kürzere Zeit (bis zu mehreren Monaten) nach den Erlebnissen offenbar keine Amnesie bestanden hatte. Auf der andern Seite hatte er Erinnerungsfälschungen (z. B. über Aufenthalt in Irrenanstalten, in denen er thatsächlich nicht gewesen war, Erzählungen über verschiedene von ihm ausgeübte Berufe und ähnliches, was den Thatsachen nicht entsprach.)

Simulation hielt Delbrück bei allen diesen eigenthümlichen Störungen des Gedächtnisses nach Lage der Dinge für ausgeschlossen, ohne indessen die Erscheinungen in einer ihn befriedigenden Weise erklären zu können; er fragt an, ob von anderer Seite ähnliches beobachtet worden ist.

Herr Cimbal-Altona hat Pat. auch in dem Krankenhaus in Altona behandelt. Damals machte Pat. wörtlich die gleichen Angaben, wie in Bremen und zwar ganz ohne Noth, da die Strafverfolgung schon ausgesetzt war. Herr Siemerling-Kiel theilt Näheres über den Fall mit, die Natur der Anfälle — ob epileptisch, ob hysterisch — ist nicht ganz sicher gestellt. Den angeblichen halbjährigen Erinnerungsdefekt räumt Pat. als vorgemacht ein.

Anwendung des elektrischen Stromes, von hydriatischen Kuren erscheint angesichts der überaus grossen Anwendung, welche wir für therapeutische Zwecke davon machen, auch für den vorliegenden Zweck gerechtfertigt.

Herr Reye-Friedrichsberg: Den erwähnten Pat. habe ich wiederholt in Friedrichsberg behandelt und bin allmählich immer sicherer zu der Ansicht gelangt, dass es sich bei ihm um einen Simulanten handle.

Herr Delbrück-Bremen ist von der Diagnose „Simulation" bei seinem Patienten P. noch nicht überzeugt, sieht aber in Anbetracht der vorgerückten Stunde von weiterer Discussion ab.

III. Herr Dräsecke-Hamburg: Zur vergleichenden Rückenmarksanatomie:



Herr Dräsecke spricht zur vergl. Anatomie des Rückenmarks. Nach kurzem Hinweis auf das Verhalten der Pyramidenbahnen bei den verschiedenen Säugethiergruppen geht Vortragender an der Hand von Tafeln auf die Py-Bahnen der Insektivoren, besonders auf die des Maulwurfs ein, dieselben ziehen an der Hirnbasis spinalwärts, ohne dass jedoch eine makroskopisch sichtbare Kreuzung stattfindet. Sodann rücken die Py-Bahnen zu beiden Seiten der Fiss. mediana ant. in diese Furche gleichsam hinein, so dass sie schliesslich in der Mitte der Vorderstränge liegen und beide Bahnen zusammen ein im Frontalschnitt oval gestaltetes Feld bilden. Die Py-Bahnen sind bei den Insektivoren mit sehr zarten Markscheiden umgeben, so dass sie bei Weigert-Färbungen gegenüber den Fasern der Vorderstränge ganz schwach gefärbt erscheinen. Bei Tulpa verlieren sie bald nach dem Eintritt ins Rückenmark ganz ihre Markscheiden, mithin sehen wir auf Frontalschnitten ein ovales Feld anscheinend grauer Substanz, das beim Uebergang der Intumesc. cervicalis ins Dorsalmark allmählich verschwindet. Sodann schildert Vortr. die Pyramiden-Bahnen der Chiropteren, wobei er besonders auf die hohe makroskopisch sichtbare Kreuzung derselben hinweist und hervorhebt, dass mikroskopisch bei den Chiropteren eine proximale und eine distale Decussatio pyramidum zu unterscheiden ist.

Aber auch das Rückenmark der Chiropteren bietet vergl. = anatomisch manches Interessante, indem nur bei dieser Säugergruppe die oberflächlichen Nervenkerne sich finden, die Koelliker zu Ehren seines Präparators P. Hofmann mit diesem Namen belegte.

Koelliker wies diese Nervenkerne bei Vögeln und Reptilien nach und untersuchte weiter eine grosse Anzahl von Säugethiergruppen. Er liess sich auf Grund seiner negativen Befunde hierbei zu dem Schluss verleiten, dass diese peripheren Nervenkerne wohl allen Säugethieren fehlen. Vortr. legt besonders dar, wie Koelliker den Beweis erbracht hat, dass diese segmental angeordneten, oberflächlichen Nervenzellen nichts mit den Conti-Hoche'schen Zellen zu thun haben.

Vortr. wies diese Hofmann-Koelliker'schen Nervenkerne bei den Chiropteren nach und stellte fest, dass dieselben ihrem Ursprung nach sich unmittelbar vom Vorderhirn sich herleiten lassen, ein Befund, der bei den Vögeln nur embryonal nachzuweisen war. Ueber die Anatomie der Zellen selbst brachten natürlich die Weigert-Präparate keine neuen Aufschlüsse.

Anatomie und Physiologie dieser interessanten, peripher gelagerten Kerngruppen bedürfen noch sehr der weiteren Erforschung. (Autoreferat.)

Die angekündigten Vorträge der Herren Cimbal-Altona: „Aufgaben und Einrichtungen der psychiatrischen Abtheilungen an Krankenhäusern und der Stadtasyle", und Bolte-Ellen: „Uneheliche Herkunft und Degeneration" mussten aus Mangel an Zeit ausfallen. Die Sitzung beschloss eine Besichtigung des neuen St. Jürgen Asyls für Geistes- und Nervenkranke in Ellen. Wicht-Ellen.

— **Deutscher Verein für Psychiatrie.** Vorläufige Mittheilung. Die nächste Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Psychiatrie wird am 20. und 21. April 1906 zu München stattfinden. Ueber das Thema: „Sprachstörungen bei functionellen Psychosen mit Ausschluss der aphasischen Störungen" wird Herr Prof. Heilbronner-Utrecht ein Referat erstatten. Ausserdem haben bisher Vorträge angemeldet die Herren Kollegen: Alzheimer-München: Ueber den Abbau des Nervengewebes. Gaupp-München: Die nosologische Stellung des Querulantenwahns. Gudden-München: Ueber Heredität. Nitsche-München: Auffassungs- und Merkfähigkeit bei Alkoholisten. Plaut-München: Psychologische Untersuchungen bei Unfallkranken. Weiler-München: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. — Anmeldungen weiterer Vorträge werden erbeten an Geheimrat Prof. Dr. Moeli in Lichtenberg bei Berlin oder an Sanitätsrath Dr. Hans Laehr in Zehlendorf (Wanseebahn), Schweizerhof. Die endgültige Einladung erfolgt Ende März.

Der Vorstand.

Referate.

— Allgem. Zeitschr. f. Psych. und Psychisch-gerichtl. Medicin. 62. Bd. 1.—2. H.

Weber (Göttingen): Chronische Paranoiker in verwaltungs-straf- und civilrechtlicher Beziehung.

Im Anschluss an 2 näher geschilderte Fälle bespricht Verf. die Geschäftsfähigkeit, die strafrechtliche Verantwortlichkeit und die Anstaltspflegebedürftigkeit chronischer Paranoiker. Der Nachweis der dauernden und unheilbaren geistigen Erkrankung darf nicht ohne weiteres die civil- und strafrechtliche Zurechnungsfähigkeit ausschliessen; namentlich aber soll die Thatsache, dass einzelne, verhältnissmässig unbedeutende, gemeingefährliche Handlungen begangen wurden, nicht die Veranlassung zu einer dauernden Internirung in der Anstalt abgeben.

Mittenzweig (Herzberge): Hirngewicht und Geisteskrankheit.

Verf. hat 1123 Hirnwägungen vorgenommen und kommt zu einer Reihe sehr interessanter Resultate. Die Frage, ob auf Grund eines bestimmten niedrigen Hirngewichts das Bestehen einer geistigen Erkrankung im Leben bei dem betr. Individuum sicher gestellt werden kann, ist zu bejahen. Z. B. ist bei einem männlichen Individuum ohne Rücksicht auf das Alter eine geistige Erkrankung im Leben mit Wahrscheinlichkeit anzunehmen, wenn das Hirngewicht unter 1000 gr beträgt. Als Krankheitsformen kommen in Betracht: Dementia paralytica, Dementia senilis oder eine organische Psychose (falls das Individuum über 60 Jahre alt war).

Lomer (Neustadt-Holstein): Zur Kenntniss des Farbensehens.

In einem ausführlich wiedergegebenen Fall von juveniler Psychose, deren endgültige Diagnose noch nicht feststeht (Dem. praecox oder chron. Paranoia), handelte es sich um das zeitweise Vorkommen von Grünsehen. Dasselbe war doppelseitig, sistierte bei geschlossenen Augen und wurde durch Druck auf die



Bulbi nicht ausgelöst. Aetiologisch erscheint ein Zusammenhang zwischen Psychose und den mit der Menstruation verbundenen starken Blutdruckschwankungen naheliegend.

Würth (Hofheim): Welche Einrichtungen erfordert bei dem heutigen Stande unserer therapeutischen Bestrebungen die Irrenanstalt?

Wenn die Irrenanstalten in allen ihren Einrichtungen dem Krankenhaus sowohl hinsichtlich der äusseren wie der inneren Einrichtung ähnlich gestaltet werden, so werden unsere humanen Bestrebungen im Volke besser anerkannt werden, als durch Belehrung des Publicums über Geisteskrankheiten und Geisteskranke durch Wort und Schrift. Von den in Frage kommenden Einrichtungen bespricht Verf. bes. die Bettbehandlung, die Dauerbäder, die zellenlose Behandlung und die Beschäftigungsarten der Kranken. Immerhin möchte er Neubauten noch nicht ganz ohne Zellen vorschlagen, er rechnet auf 100 Kranke 1 Zelle, bei Aufnahme von verbrecherischen Geisteskranken noch etwas mehr, im Dauerbad sollen auf je 100 Kranke 5 Wannen vorgesehen sein.

Kaiser (Neufriedenheim): Dementia praecox oder Hirntumor?

Eine erblich belastete Patientin erkrankte plötzlich im 22. Lebensjahr an Dementia praecox mit ausgeprägten katatonischen Erscheinungen, sie verblödete schliesslich hochgradig. Nach 10 Jahren traten Tumorerscheinungen auf. Die Sektion ergab das Vorhandensein eines diffusen Glioms, welches die ganze rechte Hemisphäre durchwuchert hatte. Verf. nimmt an, dass der Symptomencomplex der Dementia praecox durch den Tumor hervorgerufen worden ist.

Kornfeld (Gleiwitz): Geisteszustand Taubstummer.

Bei der Frage nach der Zurechnungsfähigkeit der Taubstummen sind getrennt zu behandeln die von Geburt an Taubstummen und die nachträglich taubstumm gewordenen, welche letztere also präsumptiv normal veranlagt sind. In einem speciellen Falle begutachtete Verf. eine Taubstumme, welche Unterricht genossen hatte, dahin, dass sie nicht geisteskrank und nicht im Sinne des § 51 zurechnungsunfähig gewesen sei, und dass ihre geistigen Fähigkeiten genügend entwickelt seien, um die Strafbarkeit ihrer Handlungen erkennen zu lassen; sie sei nur zu den minderwerthigen Personen zu zählen.

Bischoff (Klosterneuburg): Simulation von Geistesstörungen.

Man kann 2 Arten von Simulation unterscheiden, 1. die Vortäuschung bestehender Geisteskrankheit und 2. die Vortäuschung von Sinnesverwirrung in der Vergangenheit, zumeist zur Zeit eines Delikts. Die Simulation entsteht immer aus dem vereinten Wirken mehrerer Ursachen, die äussere Ursache ist meist eine gerichtliche Verfolgung. Da nun abnorme Menschen öfter kriminell werden als normale, findet man unter den Simulanten relativ viele geistig Abnorme, es simulieren aber auch geistig Gesunde. Nachdem Verf. noch die verschiedenen Symptome besprochen hat, welche simuliert werden und die Kriterien für die Diagnose der Simulation angegeben hat, bringt er einige selbstbeobachtete Fälle von Simulation als Beispiele.

Nerlich (Waldheim): Simulation von Schmerzanfällen bei einem Morphinisten.

Gutachten über einen Dr. phil., der seit einer Reihe von Jahren fortwährend mit den Strafgesetzen in Conflict gerathen ist. Er ist nicht geisteskrank und wird als arbeitsscheuer Lügner und Hochstabler bezeichnet, der absichtlich Schmerzanfälle und Erbrechen simuliert. Die Täuschung führt er aus, um einerseits Morphium zu erhalten, andererseits um Mitleid zu erregen und dem Strafvollzug zu entgehen. Die Kenntniss der „Anfälle" verdankt er wahrscheinlich dem Umstand, dass er früher durch einen eingeklemmten Nabelbruch heftige Beschwerden gehabt hat.

Fauser (Stuttgart): Endogene Symptomenkomplexe bei exogenen Krankheitsformen.

Mittheilung eines Krankheitsfalles, in welchem über 1 Jahr lang nur das Zustandsbild einer Manie vorhanden war, ehe durch den Eintritt anderer Symptome die Diagnose auf Paralyse gestellt werden konnte. Im Anschluss daran behauptet Verf. Folgendes: Bei einer ganzen Reihe exogener Krankheitsformen (Paralyse, Erschöpfungsirresein etc.) finden sich endogene, dem Entartungsirresein zugehörige Krankheitssymptome hysterischer, manisch-depressiver, constitutionell-neurasthenischer, moral insanityartiger und anderer Art. Durchweg handelt es sich dabei um psychische Funktionen, die bereits im gesunden Leben vorgebildet sind, ihr einseitiges Hervortreten ist am ehesten als eine Ausfallserscheinung aufzufassen.

Arnemann-Grossschweidnitz.

— Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankheiten 39. Bd. 3. Heft.

Hitzig (Halle): Aerztliches Obergutachten über den Gesundheitszustand des Arbeiters B.

In den Erörterungen allgemeiner Art, welche Verf. seinem Gutachten folgen lässt, weist er besonders darauf hin, dass die einzigen und wahren Mittel zur Aufdeckung und richtigen Beurtheilung der Simulation in der kunstgemässen und wiederholten Anwendung der üblichen klinischen Untersuchungsmethoden auf den einzelnen Fall bestehen.

Mohr (Pützchen): Zur Behandlung der Aphasie. (Mit besonderer Berücksichtigung des Agrammatismus.)

Verf. hat bei einem jungen Mann, der nach einer Stichverletzung des Kopfes aphasisch geworden war, durch unermüdliche, 3 1/2 Jahr fortgesetzte Behandlung eine fortschreitende Besserung erzielt. Wesentlich ist für die Erzielung eines Erfolges, dass systematisch vorgegangen wird, dass in jedem Falle individualisirt wird und dass die Gesammtpsyche des Aphasischen Berücksichtigung findet.

Schoen und Thorey (Leipzig): Auge und Epilepsie.

Verschiedene nervöse Störungen, wie Kopfschmerzen, Migräne, Schlaflosigkeit, Flimmern vor den Augen, Schwindel, Tickartige Störungen etc., also Erscheinungen, die auch bei der Epilepsie häufig sind, können nach den Erfahrungen Schoens durch Be-



handlung von Augenfehlern geheilt werden. Es konnte nun bei einem ausserordentlich hohen Procentsatz von Epileptikern in Hochweitzschen (91%) und in Kleinwachau das Vorhandensein von Augenfehlern festgestellt werden. Diese Fehler bedingen wahrscheinlich durch dauernde krampfhafte Muskelinnervationen einen Reizzustand des Gehirns. Durch andauerndes Tragenlassen von Brillen hoffen nun die Verf. günstigen Einfluss auf die Krankheit zu erzielen.

Hoppe (Uchtspringe): Ueber die Bedeutung der Acetonurie mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Aceton bei Geistes- und Nervenkranke.

Bei ca. 500 Geisteskranken und Epileptikern wurde der Urin nach einer modificirten Stock'schen Acetonprobe untersucht. Physiologische Acetonurie im Sinne v. Jacksch's (0,01 p. d.) war nicht feststellbar. In grösseren Mengen wurde Aceton gefunden bei Epilepsie im Status und in lange dauernden Verwirrungszuständen, bei Paralyse während der Anfälle, bei anderen Psychosen während starker Gemüthsdepression oder in stark maniakalischer Erregung. Stoffwechseluntersuchungen ergaben, dass in solchen Fällen das Beibringen von Kohlehydratmengen empfehlenswerth ist.

Kornfeld (Gleiwitz): Zum Strafgesetzbuch § 176.

Um aussichtslose strafrechtliche Verfolgungen aus § 176, 2 zu verhüten, schlägt Verf. folgende Abänderung des betr. § vor: 2. wer eine Person missbraucht, die bewusstlos oder willenlos ist, oder die wegen Geistesstörung oder Schwachsinn die Bedeutung der mit ihr vorgenommenen Handlung nicht in genügender Weise zu verstehen vermag.

Meyer (Königsberg): Fürsorge für die Geisteskranken in England und Schottland.

Der Reisebericht bringt viele interessante Einzelheiten. Die Irrenanstalten sind meist sehr gross (2—3000 Kranke), einzelne Anstalten haben Sanatorien für Tuberkulöse, vielfach findet man gemeinsame Speisesäle, in denen Männer und Frauen gemeinsam ihre Mahlzeiten einnehmen, die innere Ausstattung ist eine sehr reiche, auffallend ist die grosse Zahl von Isolirräumen, die z. T. mit dickem Gummipolster versehen und zum Verdunkeln eingerichtet sind, ferner das gänzliche Fehlen von Dauerbädern und die relative Seltenheit der Bettbehandlung. An manchen Anstalten wird auch ein Theil der männlichen Kranken von Pflegerinnen behandelt, das Pflegepersonal, für welches sehr gesorgt wird, machte einen recht günstigen Eindruck. Die Familienpflege hat in den letzten Jahren keine Fortschritte gemacht, in Schottland befanden sich von 16 894 Kranken 2558 in Familienpflege, also etwa $^1/_6$.

Nonne (Hamburg-Eppendorf): Ein weiterer anatomischer Befund bei einem Fall von familiärer Kleinhirnataxie.

Das reine klinische Bild der hereditären Kleinhirnataxie kann lediglich durch eine abnorme Kleinheit des Cerebellums zu Stande kommen, dabei können die von diesem Centralorgan für die Körpercoordination ausgehenden und die hineinmündenden Bahnen ganz normal sein.

Steffens (Hamburg-Eppendorf): Ueber Hystero-Epilepsie.

Während Bratz und Falkenberg nur Hysterie oder Epilepsie anerkennen, aber keine Mischform, unterscheiden andere Autoren 3 Formen, indem sie noch die Hystero-Epilepsie gelten lassen. Verf. dagegen nimmt nur eine einzige Krankheitsform an, die Hystero-Epilepsie und fasst unter diesem Namen alle vorkommenden Fälle zu einem gemeinschaftlichen Krankheitsbild zusammen.

Knapp (Halle): Functionelle Contractur der Halsmuskeln.

Nackensteifigkeit ist nicht selten Symptom eines functionellen Nervenleidens insbesondere der Hysterie. Die Kenntniss dieses Umstandes bewahrt vor verhängnissvollen Fehldiagnosen (organische Gehirnbezw. Wirbelerkrankung).

Moeli (Berlin): Ueber die zur strafrechtlichen Behandlung zurechnungsfähiger Minderwerthiger gemachten Vorschläge.

Sowohl beim Urtheil wie beim Strafvollzug ist die allgemeine Berücksichtigung leichter psychischer Abweichungen auch bei den als zurechnungsfähig Betrachteten grundsätzlich erforderlich. Besonders sind die Sonderbestimmungen für Jugendliche noch weiter auszugestalten. Abtheilungen für gemilderten Strafvollzug sind an Strafanstalten einzurichten. Gemeingefährliche Zurechnungsfähige mit psychischen Mängeln sind nach der Strafverbüssung nicht in Irrenanstalten unterzubringen, sondern in besonderen Bewahranstalten. Diese letzteren sollten durch räumliche Trennung von den Strafanstalten und durch Eintritt Verurtheilter nur aus diesen den Unterschied zwischen Strafe und sichernder Verwahrung zu Tage treten lassen. Arnemann-Grossschweidnitz.

— Kramer, Examination of the general cerebro-spinal fluid in general paralysis. American Journ. of Insanity Vol. LX. 1903. S. 107.

Verf. fand in der Cerebrospinalflüssigkeit der Paralytiker eine bisweilen sehr erhebliche Vermehrung der Leukocyten, während bei Dementia praecox, Chorea, Epilepsie und Melancholie keine oder nur verschwindend wenige Leukocyten vorhanden waren. Auch fand er das specifische Gewicht auf 1010—1012 vermehrt, während es normalerweise 1008 beträgt. In einem Fall von zweifelhafter Paralyse konnte durch Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit frühzeitig die sichere Diagnose gestellt werden.

Schütte (Osnabrück).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler**,
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 41. 6. Januar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Bedeutung der Irrenheilkunde für die Heilpädagogik.

Vortrag gehalten auf der I. Schulkonferenz der rhein. Prov.-Heil- und Pflegeanstalt Johannisthal bei Süchteln.
(Direktor Dr. Flügge.)

Von Dr. med. *Hermann*.

Die Zeiten der Zwangsjacke, der Isolierung, der Gitter und Mauern liegen noch nicht sehr weit hinter uns. Wir sind Zeitgenossen solcher Einrichtungen gewesen, die in ihren letzten Spuren noch heute hier und da zu finden sind. Mehr und mehr hat sich die Erkenntniss Bahn gebrochen, dass wir es nicht mit rasenden, vom Teufel besessenen Ungeheuern zu thun haben, sondern mit unglücklichen gehirnkranken Menschen. Das edelste der Menschenseele, der freie Wille, ist dem ärmsten geraubt und blindlings wüthen fremde Gewalten, Krankheitsprocesse in dem freien Mechanismus der Gedanken. Der Mensch ist nicht mehr er selber, nur sein Körper ist er noch und dieser wird zum Sklaven des erregten und verwirrten Kopfes. Wir können es verstehen, dass die Alten von einem Dämon sprachen, der in dem Tollen wüthet. Wir Modernen sprechen mit dem Strafgesetzbuch von einer „Aufhebung der freien Willensthätigkeit". Je tiefer man nun in die wahre, nämlich krankhafte Natur der Geistesstörungen eindrang, desto reichhaltiger und genauer wurde unser Wissen. Man fand auch zahlreiche abnorme Seelenzustände in Gebieten, wo man von Geisteskrankheit zu reden noch nicht gewöhnt ist. Und doch ist das tiefere Wesen der Störung kein anderes als bei der Geisteskrankheit und, was für die Praxis das wichtigste ist, die freie Willensbestimmung kann ebenso aufgehoben sein, wie bei dieser. Das gilt z. B. von verschiedenen Schwachsinnsformen, die theils angeboren, theils erworben, u. a. auch durch Epilepsie erworben vorkommen.

Es gilt aber auch z. B. von dem missmuthigen, widerspenstigen Verhalten des verstimmten Epileptikers oder von seinen Gewaltthätigkeiten und Jähzornsaffekten, auch wenn er nicht schwachsinnig ist. Wenn man bedenkt, dass ein einziger Anfall sichtbare Veränderungen in der Hirnrinde hinterlassen kann, so wird man sich nicht wundern, dass fast jeder Epileptiker in einer oder anderer Richtung abnorm ist. Dass ein epileptisches Kind auch im wahrsten Sinne des Wortes ungezogen sein kann, ebenso oder noch eher wie ein gesundes Kind, ist ebenso zweifellos wie die Thatsache, dass es seine abnormen Seelenphänomene etwas bemeistern lernen kann. Damit ist die Nothwendigkeit seiner Erziehung gegeben, aber die Technik derselben muss ebenso nothwendig mit dem abnormen Seelenzustand rechnen und sich ihre Mittel und Wege von psychiatrischen Gesichtspunkten aus überlegen.

Es war das bewundernswerthe Werk einiger ausgezeichneter Pädagogen, die Nutzanwendung psychiatrischer Erkenntniss auf die Pädagogik zu machen. Warum diese Männer zu den grössten Wohlthätern, die die Welt je gesehen, gezählt werden müssen, wird einem jeden, der ein Herz für das der Umgebung schonungslos preisgegebene Kind hat, ohne weiteres ersichtlich sein. Man sprach es klar aus, dass vieles, was man früher schlechthin für Ungezogenheit angesehen hatte, eine unvermeidbare Aeusserung krankhaften Seelenlebens sei, so wie die Verbrecherpsychologie mehr und mehr erkannte, dass viele Verbrechen einfach die Wahnsinnsthaten geisteskranker Menschen sind. So wie nun bei der letzteren Vermuthung oft nur durch gelehrte und ausführliche Gutachten und Obergutachten der erfahrensten Irrenärzte die Frage nach Aufhebung der freien Willensthätigkeit entschieden werden kann, so schwer ist sie oft auch, ja oft noch viel schwerer bei der uns näher liegenden Frage,



ob bei einer kindlichen Ungezogenheit die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist, oder nicht. Dieses offen zu bekennen, ist unsre heilige Pflicht, und nichts ist verkehrter, als alles genau wissen zu wollen. Solche einzelne Entscheidungen, wie sie der Richter für ein Verbrechen braucht, sind nun für den Heilpädagogen zum Glück gar nicht nöthig. Denn die Heilpädagogik arbeitet an abnormen Kindern nach einem einheitlichen und in allen Konsequenzen durchgeführten Plan, unabhängig davon, ob die einzelnen Aeusserungen des Wollens hemmungsfähig waren oder nicht, d. h. unabhängig davon, ob das Kind absichtlich boshaft oder in lediglich krankhaftem Trieb gehandelt hat. Wie wir bereits betonten, schliesst ja die krankhafte Entstehung einer Handlung ihre erzieherische Beeinflussbarkeit nicht aus. Die Art, wie wir den verschiedenen Formen der Abnormität erzieherisch beikommen, lässt sich aus praktischen Gründen nicht all zu weit zergliedern. Je mehr einer das Kind und seine Abnormitäten kennt, um so zweckmässigere Schritte wird er zu seiner Erziehung thun. Dass man eine epileptische Verstimmung nicht durch brüskes Vorgehen zur Schwermuth oder Tobsucht steigert und dass man dem reizbaren Epileptiker nach Möglichkeit die Reize fernhält, sind selbstverständliche Forderungen. Wir müssen geeignete Wege finden, ihn zur Selbstbeherrschung zu erziehen, oder den Kranken u. U. mit Erziehung ganz in Ruhe lassen. An diesem Beispiel ersehen Sie schon, dass der Pädagoge zu wenig Psychiater ist so gut wie umgekehrt der Psychiater zu wenig Pädagoge, um unter völliger Wahrung der Gerechtigkeit und Humanität dem Kinde gegenüber in jeder einzelnen, zugespitzten Erziehungsfrage das höchste erzieherische Ideal zu erreichen.

Darum kann nicht dieses unser Ziel sein, sondern wir müssen für die Praxis eine Richtschnur finden, die für das Gros der Abnormitäten Humanität und Gerechtigkeit dem kranken Kinde gegenüber gleichzeitig mit erzieherischen Erfolgen auch in den verwickeltsten Situationen, auf jeden Fall und in jeder, geschickten und ungeschickten Hand, gewährleistet.

Dank dem lernbegierigen Studium psychiatr. Schriften haben sich in neuerer Zeit namhafte Pädagogen daran gewagt, aus dem Wesen und den Eigenthümlichkeiten des kindlichen Schwachsinns heraus eine Erziehungslehre zu entwickeln. Wie der geübte Lotse die Klippen nur dadurch umgeht, dass er sie genau kennt, so umgeht diese Lehre die Schwierigkeiten, die der Schwachsinn dem Erzieher bietet, dadurch, dass er die Erscheinungsweisen desselben erkannt hat und bei jedem Kinde von neuem studiert. Die psychiatrische Kenntniss des Schwachsinns lehrte auch eine weise Beschränkung in den Anforderungen an das Kind sowie an den Erziehungs- und Schuleffekt. Man erkannte die Grenzen der Leistungsmöglichkeit und begann, sich innerhalb dieser Grenzen behaglich auszubreiten. So haben die Pädagogen mit Hilfe irrenärztlicher Denkweise gelernt, mit relativ grossen Klassen von schwachsinnigen Kindern ganze und ausgezeichnete Unterrichtsstunden abzuhalten. Was lehrt uns eigentlich die Psychiatrie? Diese Frage auszuführen, ist im Rahmen eines Vortrags unmöglich. Wie sie lehrt, das Interesse des Kindes durch die pädagogischen Kunstgriffe wach zu halten, wie die geschickte Erweckung der Aufmerksamkeit das Lebensprincip des Hilfsschulunterrichtes ist, wie damit die Frage der Disciplin und Strafen zum grössten Theil mit erledigt ist, davon brauche ich in diesem Kreise nicht zu reden. Ich darf deshalb die Frage enger formulieren: Was lehrt die Psychiatrie für die Erziehung der abnormen Kinder zum Guten, also für die moralische Entwicklung von Willen und Gefühl? Kurz gesagt lehrt sie uns die Grenzen und die Wege unseres Arbeitsfeldes. Die Beschränkung, das Zufriedensein mit dem eben erreichbaren, ist nothwendige Vorbedingung, um auf den Wegen der Heilerziehung erfolgreich fortzuschreiten. Nirgends gilt die Forderung, jedem das Recht seiner Eigenart zu lassen, nirgends gilt das Verbot der „Normalschusterei" mehr als hier. Wer von abnormen Kindern normales Verhalten erreichen will, wird eine sehr freudlose, ja stets verderbliche Arbeit liefern.

Die Grenzen der heilpädagogischen Erfolge ergeben sich nur aus einer genaueren Kenntniss der Krankheitszustände. Wollen wir aber über die Wege der Heilpädagogik reden, so gilt hier eine noch viel weitergehende Forderung als Kenntniss der Krankheitszustände: Die Seele des Erziehers muss von einer irrenärztlichen Denkweise getragen sein, sie muss sozusagen auf einen psychiatrischen Ton gestimmt sein. Erst dann kann er seine pädagogischen Kenntnisse an den Mann bringen, er wird statt auf Steine auf eine fruchtbare Erde säen.

Was ist nun diese vielsprechende psychiatrische Denkweise? Sie ist, kurz gesagt, etwa folgendes: Unser Verhalten dem Kranken gegenüber wird vom Gefühl des Mitleids sowie von der Erkenntniss seines krankhaften Geisteszustandes diktiert und beherrscht. Beides macht es uns Gesunden zur Ehrenpflicht, den krankhaften Reizbarkeitszustand des Kranken, seine



erhöhte Empfindlichkeit der Aussenwelt gegenüber geduldig und mild zu berücksichtigen, seine abnormen Handlungen und Gefühle ihm nicht zum Vorwurf zu machen. Im Gegentheil gönnen wir ihm Ruhe und Frieden und suchen die Umgebung so zu gestalten, dass der Kranke nicht zu Tobsucht und Gewaltakten künstlich gereizt wird, dass im Gegentheil möglichst viele äussere Reize fortfallen und das Leben des Kranken so glücklich wie möglich dahinfliesst. Einer der empfindlichsten Reize für unsre Kranken ist die Unhöflichkeit, rauher Ton und rauhes Anfassen, sowie jeder Zwang. Die heftigsten Schimpfereien können uns nicht veranlassen, dem Kranken zu widersprechen. Dafür ist er uns, wenn die Erregung vorüber ist, dankbar, und er empfindet wohlthätig, dass man ihn für krank ansieht und mithin entschuldigt. Darum fordert der psychiatrische Ton den Kranken gegenüber eine durch nichts zu erschütternde Ruhe, Geduld und Freundlichkeit. Sobald man diese Forderung erfüllt, darf man den Kranken ruhig mit unbedingter Wahrheitsliebe und zielbewusster Sicherheit entgegentreten.

Wenn wir nun diesen psychiatrischen Ton auch für den Umgang mit unsern abnormen Kindern fordern, so sehen wir sogleich, dass der in der Praxis übliche vorwiegend strafende Erziehungston damit im schärfsten Widerspruch setzt. Die strafende Erziehungsmethode setzt für unerlaubte Handlungen Strafen, und von diesen als die gebräuchlichste die körperliche Züchtigung ein, da sie tadellose Führung als erreichbare Norm ansieht. Der Erfolg dieser Methode, die Entwicklung genügend starker Hemmungen für unzweckmässige Willensantriebe, wird beim gesunden Kind durch sein gesundes Urtheil, durch die rasche und geschickte Auffassung der Situationen und ihrer Konsequenzen, durch den elementaren Trieb zur Erkenntniss und durch den Wunsch nach ungetrübtem Lebensgenuss gewährleistet. Was davon haben unsre schwachsinnigen Kinder? Das gesunde, sichere und schnelle Urtheil? Die Lebensgewandheit und Selbstbeherrschung? Den elementaren Trieb zur Forschung und Erkenntniss? Die Interessen des normalen Kindes? Den ungetrübten Lebensgenuss, den heiteren Spielhimmel der Kindheit? N i c h t s davon haben sie, gerade das Gegentheil ist bei ihnen der Fall. Düstere Gewitterwolken ziehen häufig an dem Himmel einer solchen Kindheit auf, finster brütende Verstimmungen, und ein kleiner Reiz führt zur gewaltthätigen Entladung, zum Erregungszustand. Hilflos und verbittert stehen solche Kinder der mächtigen Umgebung gegenüber, die sie nie versteht und die sie selbst nie verstehen, die sie aber gern in geistige und physische Fesseln schlägt, sie misshandelt und plagt und ihnen stets nur fremdes Denken einzwingen will. Die Kinder sehen ein, dass sie nie leisten können, was man von ihnen verlangt, werden verstockt und suchen schliesslich ihr ganzes Lebensglück darin, von ihren Peinigern befreit, sich ihren Trieben überlassen zu können. Sie werden auch schliesslich stumpf gegen harte und schmerzhafte Strafen, wobei ihnen die von der Natur mitgegebene Dickfelligkeit und verminderte Empfindlichkeit für körperliche Leiden lindernd hilft. Vielleicht werden sie ein wenig dressirt, aber nicht erzogen. Sie verkennen, das ist typisch, in tiefem Unverstand ihre Lage und die Wege zu ihrer Befreiung und thun wie blind das für sie unzweckmässigste, zum Aerger der Normalbildungsschuster, die von ihnen normales Verhalten verlangen. Aeussert sich ja der Schwachsinn auch beim Erwachsenen grade in einer Unfähigkeit, sich in einfachen Fragen des täglichen Lebens, insbesondere Rechtsfragen zurechtzufinden und zweckmässig zu verhalten! Hieraus ergiebt sich von selbst, dass man mit Einsetzung von Unannehmlichkeiten, insbesondere der Körperverletzung in der Erziehung des Schwachsinnigen im allgemeinen nur schaden kann, insbesondere wo es auf eine nachhaltige und veredelnde Erziehung ankommt und wo es etwa gilt, krankhaft reizbare und zu sinnlosen Gewaltthaten neigende Kinder zu e r z i e h e n, wie es unsre epileptischen Kinder vielfach sind. Man denke stets an das B e i s p i e l des Erziehers, der selbst wüthend auf d a s Kind losschlägt, von dem er Selbstbeherrschung und Vermeiden von Gewaltthätigkeiten verlangte. Nun stehen wir wohl rathlos da? Wir hören, dass wir unsre strafenden Erziehungsmittel nur mit grosser Auswahl und Vorsicht verwenden dürfen, ja dass wir dadurch das Herz des Schwachsinnigen eher verschliessen als öffnen, so dass es wie eine fest verschlossene Muschel in unsrer Hand ruht, die wir wohl zertrümmern, aber nicht öffnen können. Da giebt uns die p s y c h i a t r i s c h e D e n k w e i s e das Geheimniss in die Hand, die Muschel zu öffnen. Das Resultat ist die moderne Heilpädagogik und der alles besiegende humane Lehrton unsrer Hilfsschulen, der ungeahnte Triumphe feierte. Mit seiner Einführung war wieder eine Zeit gekommen, wo Zwangsjacken, Zellen, Mauern und Gitter gefallen waren, gefallen von den Herzen einer befreit aufathmenden Kinderschar, gefallen für ewige Zeiten.

Zum Glück stellten sich die bahnbrechenden Pädagogen auf den richtigen und wichtigen Standpunkt, die Vortheile und Nachtheile der Methode abzuwägen und der grösseren Vortheile willen etwaige



Nachtheile in Kauf zu nehmen. Sie entschlossen sich, die einmal für wohlthätig erkannte Methode voll und ganz, in allen Konsequenzen durchzuführen. Dass in besonderen Fällen eine abschreckende Züchtigung auch beim Schwachsinnigen einmal günstig wirken könnte, um ein Symptom zu beseitigen, konnte sie nicht verleiten, diese Ausnahme zuzulassen. Denn wo findet der einzelne die Grenze, und wer vermisst sich, zu sagen, dass er stets das rechte treffen werde? Wir brauchen ja aber gerade eine Methode, die in jeder Hand, unabhängig vom Grade des psychiatrischen Verständnisses und unabhängig vom guten Willen und der Selbstzucht des Erziehers, die Gerechtigkeit dem Kinde gegenüber garantirt. Und wie wohlthätig wirkt der Zwang, sich mit den vornehmen Erziehungsmitteln behelfen zu müssen, wie viel besser lernt ein jeder sie benützen und ihre Wirkung verstärken, wenn er zu dem Allheilmittel Stock auch der grössten und offenkundigsten Bosheit gegenüber nicht mehr greifen darf. Wie wir Irrenärzte auf Zwangsjacken und vergitterte Zellen freiwillig verzichtet haben, obwohl sich eine gewisse äussere Zweckmässigkeit für einzelne Fälle nicht abstreiten liess, so haben die Heilpädagogen auf die körperliche Züchtigung grundsätzlich verzichtet. Denn jeder Pädagoge kennt die Gefährlichkeit des Mittels, so gut wie der Psychiater die Gefährlichkeit der Zelle und Zwangsjacke, der Trinker die des Alkohols, der Morphinist die des Morphiums. Wir alle wissen von diesen Mitteln, dass es leichter ist, sie gänzlich zu entbehren als, einmal an sie gewöhnt, in ihrem Gebrauch Maass zu halten, und dass es, sobald ihre Anwendung auch nur ganz wenig erlaubt wird, stets zu einer Unmenge von Ausschreitungen kommt. Wir verzichten um so leichter auf die körperliche Züchtigung, als die Wirksamkeit dieses Mittels seine Scheusslichkeit und Roheit bei weitem nicht aufwiegt. Muss man die Zahl und Härte der Prügel doch oft bis zur blutigen Misshandlung steigern, wenn sie überhaupt noch eine sichtbare Einwirkung entfalten sollen. Wäre das Mittel so wunderbar, dann dürfte es nicht vorkommen, dass man dasselbe Kind Tag für Tag von neuem misshandeln muss und das Kind trotzdem ein Taugenichts bleibt.

Wir üben die grösste Macht über die Schwachsinnigen wohl gerade durch den völligen Verzicht auf die körperliche Züchtigung. Nicht nur, dass wir damit im vollkommensten Maasse dem Krankheitszustand Rechnung tragen! Wir erfüllen damit auch die Forderungen, die seit langem gerade die vornehmste und höchste Pädagogik aufgestellt hat: die Erziehung durch Liebe, durch Beispiel und die vornehmen Erziehungsmittel, nöthigenfalls unter Heranziehung der sogenannten natürlichen Strafen. Sodann finden wir im Wesen des Schwachsinns so viele Seiten, die unsern Wünschen und Plänen entgegenkommen. Das Kind kommt uns damit immer näher und bald gehört es uns, lässt sich in ungeahnter Weise belehren und discipliniren. Zu diesen uns günstigen Eigenschaften des Schwachsinns gehört insbesondere die Hilfslosigkeit und Rathlosigkeit. Wie dankbar ist der Schwachsinnige für Fürsorge und geistige Nahrung, wie willig und glücklich bewegt er sich auf den Gebieten, die man ihm in anregender Form erschlossen hat. Wir merken bald den Segen der sogenannten Ablenkung. Ist der Geist in geeigneter Weise gefesselt und beschäftigt, so lebt das Kind ganz dem Gedanken, der es erfasste, und Ungezogenheiten sind damit unterbunden. Bald ist der Kranke auch nicht mehr so rathlos, er gewinnt neue Interessen, ähnlich denen der normalen Kinder, allmählich merkt er, dass es nicht besser ist, seinen zügellosen Trieben zu folgen, sondern zu folgen der sanftführenden Hand des liebgewonnenen Erziehers. Der Schwachsinnige fühlt sich geborgen, geliebt und geachtet. Und was thut er nicht alles um ein kleines Lob, um ein Stückchen Butterbrot! Das schmeichelt seinem meist gehobenen Selbstgefühl, das ihm die Natur wie zum Trost in die Brust gesenkt hat, und von dieser Seite ist er viel eher zu fassen als normale Kinder.

Dass die Erziehungsmethode beim normalen und beim schwachsinnigen Kinde so grundverschieden sein muss, ist aus der kurzen psychiatrischen Betrachtung wohl überzeugend und begründet hervorgegangen. Nun könnte man aber sagen: Diese humane Methode kennt man bei normalen Kindern auch, nur nennt man sie dort „verwöhnen". Ich muss mich aber auch hier dagegen verwahren, vom gesunden Kinde einfach auf das kranke zu schliessen. Was das eine längst besitzt, muss dem andern erst in kunstgerechter Weise eingepflanzt werden, das eine gleicht einer fruchtbaren Ackererde, das andere einem öden Lande, dem man mit Liebe und Sorgfalt erst Nahrung und Wasser zuführen muss, ehe es Früchte tragen kann. So verschieden sind gesunde und abnorme Kinder organisirt, darum thut dem einen wohl, was dem andern schadet, und schadet dem einen, was dem andern wohlthut. Zweitens ist von einem Verwöhnen abnormer Kinder keine Rede. Wir setzen sogar Unannehmlichkeiten als Hemmungen für sein Handeln ein, aber nur nach reiflicher Prüfung und wo der zu erwartende Erfolg den Eingriff rechtfertigt, so gut wie wir andrerseits von der



erzieherischen Beeinflussung solcher Fehler und solcher Kinder, die einen Erfolg nicht erwarten lassen, gänzlich Abstand nehmen. Dieser abwägende Standpunkt soll stets vom Heilpädagogen eingenommen werden, dann wird die humane Heilerziehung niemals zu einem „laissez faire", einem drunter- und drübergehenlassen erniedrigt werden. So kann es z. B. ganz verschieden angezeigt sein, einem Kinde den Willen zu lassen oder ihm mit sicherer Ruhe entgegen zu treten, es kann beides angezeigt sein, ihm die Freundlichkeit zu entziehen oder sie ihm in übervollem Maasse zutheil werden zu lassen, man muss aber wissen, was man im speziellen Fall mit dem einen oder andern erreichen wird, und womit man das Beste erreicht, das wählt man. Da wir uns auf die vornehmen Erziehungsmittel beschränken, so müssen wir selbstverständlich dafür sorgen, dass dieselben in einer nachdrücklichen und geeigneten Form zur Anwendung kommen, so wie es die vornehme Pädagogik erfordert. Die Umgebung des Kindes, vor allem die Person des Erziehers muss möglichst vollkommen sein und hier gilt es, Selbstzucht zu üben. Dann wird man es erreichen, dass die Erziehung am nachhaltigsten ist, wo von Erziehung gar nicht geredet wird. Wenn man, statt das Kind hitzig und barsch anzufahren oder gar anzupacken, auch in herausfordernden Situationen Milde und Ruhe bewahrt, wird man sich selbst mehr zutrauen können und bald am Erfolg merken, dass die überlegene Ruhe und Sicherheit dem Schwachsinnigen, besonders dem reizbaren und verstimmten, den grössten Eindruck macht. Eine weitere Hauptforderung ist es, das Ehrgefühl zart zu schonen und zu beleben. Diese und weitere Forderungen geben uns die Macht, das Vertrauen und die Liebe des Kindes zu erwerben, doch jene Liebe, die stets den überlegenen Willen und die konsequent und festführende Hand hindurch fühlt.

Zum Schluss möchte ich noch einmal zusammenfassend hervorheben:

Der psychiatrische Ton in der Heilerziehung erschliesst erst das unermessliche Arbeitsfeld der Seelen abnormer Kinder. Er allein garantirt die Gerechtigkeit und Humanität auf jeden Fall. Diese beiden Segnungen sind so gross, dass man sich nicht scheut, den humanen Erziehungston auch über die Grenzen des Schwachsinns hinaus auf andere, nahezu normale Kinder auszudehnen, wo es besondere Umstände erfordern, wie z. B. der einheitliche Erziehungston unsrer Epileptikerschule, die die verschiedensten Grade der Abnormität vermischt mit einigen fast normalen Kindern aufweist. Der psychiatrische Ton verlangt nicht den Ausschluss der vornehmen Erziehungsmittel, er macht sie sogar zur Pflicht. Da die vornehmen Erziehungsmittel gleichzeitig die Forderung darstellen, die gerade die edelste und höchste Pädagogik von jeher gestellt hat, so wird es um so leichter, auf die rohen Zuchtmittel ganz und gar zu verzichten, zumal die Wirksamkeit der letzteren oft nur momentan, trügerisch und sogar verderblich ist. Zugleich kommt das Wesen des Schwachsinns der alleinigen Anwendung vornehmer Erziehungsmittel in mannigfacher Weise entgegen.

Mittheilungen.

— In der Sitzung der **forensisch-psychologischen Vereinigung** zu **Heidelberg** am 15. Dez. sprach Gerichtsarzt a. D. Dr. Longard vor einem zahlreichen Auditorium über die „Bedeutung der moral insanity". Nach kurzem historischen Rückblick, der die Wandlungen des Begriffs und der Bedeutung der m. i., deren Wiederaufleben in der Lehre vom Delinquente nato und die verschiedenartige Stellungnahme der deutschen Psychiater zu dieser zeigte, sowie nach ausführlicher Schilderung eines interessanten, eine Reihe von Jahren beobachteten Falles präcisirte Ref. seinen eigenen Standpunkt zur Frage der m. i. Longard anerkennt ein besonderes Krankheitsbild der moral insanity (wenn er es nicht der Imbecillität zuweist) insofern, als es degenerirte d. h. mit abnormen Anlagen geborene Menschen giebt, deren geistige Abnormität, meist mit körperlichen Degenerationszeichen verbunden, sich vorzugsweise auf ethischem Gebiet zeigt, während bei anderen Imbecillen irgend eine andere Seite des geistigen Lebens vorwiegend krankhaft ist; der Name m. i. ist daher, weil irreführend, besser durch den der „moralischen Idiotie" od. dergl. zu ersetzen. Die Diagnose ist oft recht schwierig und stets nur auf Grund eingehender Erforschung der Geschichte des Kranken und genauer, oft langdauernder Beobachtung zu stellen. Besonders hervorstechende Symptome sind die in frühester Jugend schon zu Tage tretende moralische Unempfindlichkeit, völliger Mangel an altruistischen Gefühlen (maassloser Egoismus), ein schamloser Cynismus auch in sexueller Hinsicht, Unstetheit der Stimmung (bisweilen dem manisch-depress. Irresein ähnlich), die triebartige, rücksichtslose, keine Folgen bedenkende Hingabe an die verbrecherischen Neigungen, absolute Unerziehbarkeit und Unbelehrbarkeit, denen gegenüber regelmässig auch die militärische



Disciplin versagt, endlich eine oft an Hysterie erinnernde Eitelkeit und Selbstüberhebung (Heldenidee!), stets sind auch noch andere als ethische Defecte bei genauer Prüfung nachzuweisen; alle sind sie aber angeboren und unabhängig von Milieu und Erziehung etc. Nicht selten ist die Abgrenzung von Katatonie und Epilepsie recht schwierig.

Der Begriff des Delinquente nato ist somit nicht ganz zu verwerfen; nur ist der Procentsatz der angeborenen Verbrecher sicherlich nicht so hoch, wie er von manchen angegeben wird (40%); dies zeigt ein genaues Studium der Gefängnissinsassen, deren Mehrzahl durchaus gefügige Menschen mit deutlich altruistischen Gefühlen sind.

Es ist daher ungerechtfertigt wegen der rel. wenig zahlreichen angeborenen Verbrecher unser ganzes Strafverfahren für bankerott zu erklären oder verminderte Zurechnungsfähigkeit zu statuiren, für welche die moral insanity typisch wäre; wohl aber ist schon im Interesse der übrigen Gefangenen der durch die angeb. Verbrecher oft völlig in Frage gestellte Strafvollzug für solche zu ändern; sie gehören in besondere Abtheilungen der Irrenanstalten.

Die Discussion über den Vortrag wurde durch die Versammlung verschoben; sie soll mit derjenigen über den früheren Vortrag von Prof. Dr. Nissl (über Minderwerthige) verbunden werden.

Kürz-Heidelberg.

— **Heilanstalt Lindenhof** bei Coswig (Kgr. Sachsen), im December 1905. Herr Sanitätsrath Dr. Pierson hat die Leitung des ärztlichen Dienstes in seiner Anstalt Herrn Dr. med. F. Lehmann übertragen, (der bereits seit 1. August d. J. in der Anstalt thätig ist), nachdem die Leitung der Anstalt 21 Jahre lang ausschliesslich in seinen Händen gelegen hat. Er wird sich auf eine ärztlich berathende Thätigkeit und die Ueberwachung des wirthschaftlichen Betriebes beschränken.

Herr Dr. Lehmann, der sich bereits 16 Jahre der Psychiatrie und Nervenheilkunde in städtischen und staatlichen Anstalten (seit 1898 in leitender Stellung in Bamberg) gewidmet hat, ist der Sohn des ehemaligen, langjährigen, verdienstvollen Leiters der Privatheilanstalt in Pirna, Dr. Gr. O. Lehmann, des Vorgängers des Sanitätsrath Dr. Pierson.

— **Statistik der Entmündigungen 1904.** Nach der Hauptübersicht der Geschäfte bei den preussischen und waldeckischen Amtsgerichten für das Jahr 1904 waren an **Entmündigungssachen** anhängig: überjährige 1530, diesjährige 4625, zusammen 6155; es sind beendet 4576, anhängig geblieben 1579. Unter den beendeten Sachen befinden sich solche, in denen beschlossen ist: a) Entmündigung wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche 2051, wegen Verschwendung 98, wegen Trunksucht 593.

b) Wiederaufhebung der Entmündigung: wegen Geisteskrankheit oder Geistesschwäche 95, wegen Verschwendung 38, wegen Trunksucht 71. G.

Referate.

— Allgem. Zeitschr. f. Psych. u. psychisch-gerichtl. Medicin. 62. Bd. 3. H.

Schott (Weinsberg): Beitrag zur Lehre von der katatonischen Verrücktheit.

Ausführliche Beschreibung zweier Fälle von Katatonie, die erst lange Zeit unter der Diagnose Neurasthenie geführt wurden; bei dem einen Fall war auch die irrenärztliche Beobachtung anfangs nicht im Stande, den wahren Krankheitsprozess klarzulegen.

Bischoff (Klosterneuburg): Simulation von Geistesstörungen.

Ein durch Kopfverletzung und vielleicht auch durch Lues geschädigter Mann mit verbrecherischen Neigungen simulirte plötzlich während der Untersuchungshaft Gedächtnissdefecte und Intelligenzschwäche. Vier Jahre vorher war er schon 15 Monate in einer Irrenanstalt als Paralytiker gewesen. Die damalige Diagnose konnte nicht bestätigt werden, vielmehr liess sich durch eingehende Untersuchung feststellen, dass trotz Vorhandenseins von Pupillen- und Reflexstörungen der Untersuchte ein gesunder Simulant sei.

v. Leupoldt (Giessen): Zur klinischen Bewerthung pathologischer Wanderzustände.

Ausführliche Wiedergabe von 3 Krankengeschichten. Dämmerzustände im gewöhnlichen Sinn waren wegen der überraschend gut erhaltenen Auffassung und Merkfähigkeit ausgeschlossen, dagegen nöthigte die Thatsache der Wanderung an sich zu der Ansicht, dass schwere Bewusstseinsveränderungen vorgelegen hatten. Zur Erklärung derselben war nicht die Annahme einer besonderen, eigenartigen Bewusstseinsveränderung nöthig, sondern das Wesen der psychischen Grundkrankheit, die in jedem Falle eine andere war, war als wirksam beim Zustandekommen der Wanderung anzusehen.

Sigel (Stuttgart): Beitrag zur Frage der Spätgenesung von Psychosen.

Als kasuistischen Beitrag theilt Verf. 3 Fälle von Spätgenesung mit. Es handelte sich um Manie, hallucinatorische Störung mit periodischem Verlauf und hysterische Störung, die nach 8, 4 (16?) resp. 9 Jahren zur Heilung kamen. Es ist noch verfrüht einzelne häufiger wiederkehrende Symptome und Stigmata als prognostisch wichtig oder gar ausschlaggebend hervorzuheben.

Geist (Zschadrass): Zur Lehre von der periodischen Manie.

Verf. beschreibt das Vorkommen von periodischer Manie bei einem Maurer, dessen Krankheit im 15. Lebensjahr begann und nunmehr 40 Jahre besteht. Die einzelnen Anfälle, von denen jetzt der siebente beobachtet wird, waren charakterisirt durch attackenweises Auftreten von Erregungen; zwischen den Anfällen wurden lucide Intervalle bis zu $9^1/_2$ Jahren beobachtet. Geistiger Defect fehlte vollkommen. Aetiologisch ist die Erkrankung auf eine in der Jugend aufgetretene, aber abgelaufene Erkrankung des Gehirns und seiner Häute zurückzuführen. Auffallend ist, dass bei dem manischen Patienten stets Neigung zu Suicid wiederkehrt.



van der Kolk und Janseus (Leiden): Aussergewöhnliche Hypermnesie für Kalenderdaten bei einem niedrigstehenden Imbecillen.

Ein 35jähriger, ziemlich tief stehender Imbeciller, der im Alter von 3 Jahren ein Kopftrauma erlitten hatte, zeigte eine aussergewöhnlich hohe Entwickelung des Gedächtnisses für einige nichtssagende Dinge. Er kann für die Jahre 1903—5 augenblicklich den auf jedes beliebige Datum fallenden Wochentag nennen, er kennt von den Mitpatienten und vielen Anstaltsbeamten das Lebensalter, die vollständigen Namen, die Geburtstage etc. Zu erklären ist diese einseitige geistige Leistung mit dem hypertrophischen Interesse, welches Pat. gerade solchen Daten zuwendet.

Kornfeld (Gleiwitz): Geisteszustand Taubstummer.

Eine taubstumme Dienstmagd, welche keinen Taubstummenunterricht genossen hatte, hatte den Tod ihres neugeborenen Kindes durch Aussetzen verschuldet. Es wurden zwei Gutachten über sie abgegeben. Der Director der Taubstummenanstalt erklärte, dass die Magd bei der Begehung der That die zur Erkenntniss ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besessen hätte. Der ärztliche Sachverständige dagegen führte aus, dass Taubstumme, die keinen Unterricht erhalten haben, nur ganz ausnahmsweise, unter besonders günstigen Verhältnissen, zu einer Ausbildung ihrer intellectuellen und moralischen Kräfte gelangen, die ausreichend sei, um sie den Vollsinnigen als gleich zu erachten. Davon könne im vorliegenden Falle keine Rede sein. Die Angeklagte wurde freigesprochen.

Dietz (Philippshospital bei Goddelau): Ist der Verzicht auf Alkohol als Genussmittel in der Irrenanstalt wünschenswerth?

Auf seiner Abtheilung von 472 Kranken hat Verf. 190 Kranke (Alkoholisten, Paralytiker, Idioten), bei denen eine Verpflegung ohne Alkohol erforderlich ist, = 40%, ferner 130 Kranke (tief verblödete)), welche keinerlei Bedürfniss nach Alkohol haben = 27% und nur 132 Kranke = ca. 33%, die ohne Schaden Alkohol erhalten könnten. Er hat nun Totalabstinenz, zunächst mit Ausschluss des Personals, eingeführt und nur 5% der Kranken gefunden, welche sich mit einem gewissen Recht beschwerden. Nach seiner Ansicht ist in der Irrenanstalt der Verzicht auf Alkohol als Genussmittel nicht nur wünschenswerth, sondern nothwendig im Interesse der zahlreichen Kranken, die einer Erziehung zur alkoholabstinenten Lebensweise bedürfen.

Lomer (Neustadt-Holstein): Untersuchungen über juvenile Demenz, mit einem Heilvorschlag.

Combination von Geisteskrankheit und Alkoholismus der Eltern scheint mehr zu katatoner, eine solche von Geisteskrankheit und Neurasthenie mehr zu hebephrener Erkrankung der Nachkommenschaft zu disponiren. Bei der Auslösung der juvenilen Demenz steht nach Ansicht des Verf., die sich auf die Untersuchung von 86 Fällen von Dementia praecox bei weiblichen Kranken gründet, das sexuelle Element in ganz ungeahntem Maasse im Vordergrund, ebenso ist es im weiteren Verlauf (sexuelle Sinnestäuschungen etc.) Er nimmt daher an, dass das wirksame Moment bei der Dementia praecox in einer pathalogischen Veränderung der inneren Ovarialsecretion zu suchen sei, und schlägt vor, durch möglichst frühzeitige doppelte Kastration eine Heilung resp. wesentliche Besserung anzustreben. (!) Arnemann-Grossschweidnitz.

— F. Keller: Beurlaubung von Industriearbeitern zur Beschäftigung in landwirthschaftlichen Betrieben unter Mitwirkung der socialen Versicherungsanstalten. Leipzig 1905. Ambrosius Barth. 56 S.

Unbemittelten Nervenkranken geeignete Stätten zur Gesundung und Erholung zu verschaffen, ist heute eine unabweisbare ärztliche und sociale Forderung. Der badische Landarzt macht den Vorschlag, dem kleinen Manne aus der Stadt, der nervenkrank ist oder dessen Nervenkraft zu versagen droht, Gelegenheit zu längerem Aufenthalte auf dem Lande zu verschaffen. Nach englischem Vorbilde sollen dem Industriearbeiter Ferien zugebilligt werden. Für Ersatz des ausfallenden Arbeitslohnes sollen Krankenkassen und Versicherungsanstalten eintreten. Der nervenleidende Industriearbeiter wird in dieser Zeit bei Bauernfamilien auf dem Lande untergebracht. Die das allgemeine Wohlbehagen fördernden ländlichen Arbeiten sind das beste Stärkungsmittel für seine kranken oder erholungsbedürftigen Nerven. Ernsteren Schädigungen des Nervensystems und auch Geisteskrankheiten kann durch rechtzeitige Erholung bei ländlicher Arbeit vorgebeugt werden. Bei der allgemein herrschenden Leutenoth wird der Erholung suchende Städter trotz seiner Unerfahrenheit in landwirthschaftlichen Verrichtungen stets eine willkommene Arbeitskraft sein. Vermittelungsstellen sind einzurichten, um den Einzelnen mit einer sorgfältigen Individualisirung der für ihn passenden Bauernfamilie zuzuweisen. Für Gelegenheit zu ärztlicher Berathung muss gesorgt sein. So hofft Keller ohne grösseren Geldaufwand weiten Kreisen wirksame Maassnahmen zur Bekämpfung der Nervenleiden in den weniger bemittelten Ständen zugänglich zu machen. Wie weit Kellers Vorschläge sich in die Wirklichkeit umsetzen lassen, das kann nur der ausgeführte Versuch lehren. Unter Anderem glaube ich, dass sich bald das Bedürfniss nach Behandlung dieser Art von Kranken durch neurologisch gebildete Specialärzte geltend machen würde. Vielleicht wäre dann doch die Errichtung von Centralnervenheilstätten nicht zu umgehen. In deren Nähe könnten ja die Beurlaubten in Bauernhäusern Unterkunft, Verpflegung und Beschäftigung finden, ähnlich den in Familienpflege untergebrachten Kranken in der Umgebung mancher Irrenanstalten. Geeignete ärztliche Behandlung wäre auf diese Weise gesichert.

Keller bringt jedenfalls beachtenswerthe Vorschläge. Die Broschüre ist für Nichtärzte geschrieben. Das ist ein besonderer Vorzug. So besteht die Aussicht, dass auch Laien durch die Schrift angeregt der gegenwärtig so bedeutsamen Frage einer rechtzeitigen Behandlung der Nervenschwäche, sowie der Vorstadien und Anfangserscheinungen von Geisteskrankheiten in den niedern Ständen ihre Aufmerksamkeit schenken werden.

Horstmann.



— First annual report of the Henry Phipps institute for the study, treatment, and prevention of tuberculosis. Philadelphia 1905.

Ein umfangreicher, 265 Seiten enthaltender Jahresbericht, der sich, obwohl die Lungenheilstättenbewegung in Philadelphia behandelnd, zur psychiatrischen Wochenschrift verirrt hat. Indessen nehmen wir gern von ihm Notiz und ziehen Vergleiche zwischen den Berichten der Irrenanstalten mit ihrem „landwirthschaftlichen Ergebniss" und diesem aus dem Lande der unbegrenzten Möglichkeiten, der unsere wohlverdiente Bewunderung erregt. Nicht ohne Neid betrachten wir die herrlichen Laboratorien, die schönen in weisser Winterlandschaft prangenden Gebäude mit Einrichtung zur Freiluftkur; dieses alles ruft in uns den Wunsch nach ähnlichem hervor und — mit Mönkemöller — erheben wir bittend unsere Hände zum hl. Fiskus oder zur Provinzialverwaltung.

Meyer, Münster.

— Chaddock, Report of observations made in the clinic of Dr. J. Babinski, Paris. American Journ. of Insanity. Vol. LX. 1903. No. 2. S. 311.

In der Rabinski'schen Klinik wurden über 1000 Lumbalpunktionen ohne unglückliche Folgen ausgeführt, während andere Autoren über plötzliche Todesfälle nach dieser Operation berichten. Die zu derselben Zeit angestellten Untersuchungen über den galvanischen Schwindel führten zu dem Ergebniss, dass Vermehrung des intracranialen Druckes die galvanische Ohr-Reaktion aufhebt oder verändert, dass letztere sich aber nach der Lumbalpunktion wieder in normaler Weise einstellt. Aber auch bei nicht vermehrtem intracranialen Druck wird der vorher nicht in normaler Weise vorhandene galvanische Schwindel durch die Lumbalpunktion wiederhergestellt. In gewissen Fällen, welche eine Anomalie der galvanischen Ohr-Reaktion darboten, bestanden zugleich Symptome einer Ohrerkrankung wie Schwerhörigkeit, Ohrensausen und Schwindelgefühl. Diese Erscheinungen verschwanden prompt nach Ausführung der Lumbalpunktion. Verf. hält diese Resultate für sehr werthvoll bei Behandlung der Ohrerkrankungen, er verspricht sich auch sogar einen Erfolg der Lumbalpunktion bei Geisteskranken mit Gehörhallucinationen, wenn das Symptom des galvanischen Schwindels nicht normal ist.

Schütte (Osnabrück).

Mittheilungen.

— **Einladung zur Ausstellung.***) Anlässlich der Eröffnung des **Kaiserin Friedrich-Hauses für das ärztliche Fortbildungswesen** in Berlin wird mit Genehmigung und besonderer Unterstützung Sr. Excellenz des preussischen Herrn Kultusministers Ende Februar eine Sonderausstellung: Geschichte der Medicin in Kunst und Kunsthandwerk — statthaben. Die Dauer der Ausstellung ist auf ca. 6 Wochen und zwar vom Ende Februar bis Mitte April geplant. Alle ausgestellten Gegenstände tragen den Namen des Besitzers. Eine Platzmiethe wird nicht erhoben. Bei verkäuflichen Objecten soll ein entsprechender Hinweis im Ausstellungs-Verzeichniss gemacht werden. Die specielle Leitung der Ausstellung hat auf Wunsch des „Zentralkomitees für das ärztliche Fortbildungswesen in Preussen" und der „Staatlichen Sammlung ärztlicher Lehrmittel" Herr Dr. Eugen Holländer, Berlin, W., Kleiststr. 3, übernommen, der über Weiteres Auskunft ertheilt. Die öffentlichen und privaten Irren- und Nervenheilanstalten werden gebeten, geeignete Objecte leihweise der Ausstellung zu überlassen. Der Generaldirektor der Kgl. Museen, Herr Geh. Regierungsrat Dr. Bode hat sich bereit erklärt, mit Rath und That das Unternehmen zu fördern. Aus der nachstehenden Gruppeneintheilung ist ersichtlich, auf welche Gegenstände sich die Ausstellung bezieht.

I. Originalgemälde (keine Reproduktionen, keine Photographien): Oel — Aquarell — Zeichnungen etc., mit historischem Bezug auf die Medicin.

II. Graphische Künste: 1. Flugblätter und Einblätter mit Schriftsatz. XV.—XVIII. Jahrhundert. 2. Kupferstiche, Radierungen, Schabkunstblätter etc. mit medicinisch-interessantem Inhalt, bis zur Neuzeit. 3. Künstlerische Plakate für Naturforscher-Versammlungen, Ausstellungen etc. 4. Ex libris (auch von lebenden Aerzten).

III. Keramiken und Plastiken: 1. Frauenschalen. 2. Künstlerische Apothekergefässe, Aderlass- und Barbierschalen. 3. Plastiken und Statuetten von Medicinern. 4. Plakette, Münzen und Medaillen.

IV. Medizinische Erzeugnisse des Kunsthandwerks, namentlich der Renaissancezeit bis zum XVIII. Jahrhundert: 1. Instrumente, Schienen, künstl. Glieder und der Apparat des gesamten alten Heilpersonals (Barbiere, Bader-Chirurgen etc.).

V. Alte illustrirte Prachtbücher: 1. Illustrirte Handschriften und Prachtausgaben der Klassiker. 2. Illustrirte Werke zur Geschichte der anatomischen Abbildung. 3. Illustrirte Standeschroniken und Aehnliches.

VI. Römische etc. Instrumente, in Deutschland gefunden.

*) Kurz vor dem Ausdruck eingegangen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 42. 13. Januar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Weibliche Pflege bei männlichen Geisteskranken.

Eine Erwiderung.

Von Dr. med. *H. Engelken jun.*, Alt-Scherbitz.

Unter obigem Titel veröffentlichte Dr. A. Hoppe, Pfullingen, in No. 30 dieser Wochenschrift (Jahrgang 1905) einen von ihm in der Versammlung württembergischer Irrenärzte gehaltenen Vortrag, in welchem er sich zum Theil auf von mir zur Verfügung gestelltes Material bezieht — wenigstens soweit die schottischen Verhältnisse in Betracht kommen. Ich hatte im vorigen Jahre auf einer Reise durch England und Schottland, welche ich mit Autorisation der Landesdirektion der Provinz Sachsen ausführen durfte, Gelegenheit 8 schottische Irrenanstalten zu besuchen, von denen nur eine das System der weiblichen Pflege männlicher Geisteskranken nicht in Benutzung hatte.*) Daher glaubte ich, wenn mir auch keine Erfahrung zu Gebote steht, doch wenigstens auf Grund persönlicher Anschauung eine eigene Meinung über diesen Punkt hegen zu dürfen. Ich komme nun mit meinen Ueberlegungen zu etwas anderen Schlüssen, als Hoppe, und ich bin mit einigen seiner Ausführungen nicht ganz einverstanden. Es möge mir gestattet sein, das etwas näher zu begründen. —

Thatsächlich unrichtig ist zunächst die Bemerkung (S. 283 I. Spalte oben), dass die Aufsicht über ruhige und arbeitende Kranke auch in Schottland ausschliesslich von Männern ausgeübt wird. Im Gegentheil hat man gerade für solche Patienten fast allgemein Abteilungen einem verheiratheten Pfleger unterstellt, dessen Frau gleichfalls im Pflegedienst mit thätig ist. In Aberdeen z. B. hat man aber auch eine Villa für arbeitende Kranke, welche 2 Pflegerinnen anvertraut ist. Allerdings ist der hierfür maassgebende Gesichtspunkt nicht die Verwerthung der weiblichen Eigenschaften in der Krankenpflege, sondern der Wunsch, diesen langjährigen Anstaltsinsassen ihren Aufenthaltsort möglichst behaglich und anheimelnd (home-like) zu gestalten.

Was ferner die Nothwendigkeit männlichen Personals bei den Bädern betrifft — (S. 284, 285), so ist zu berücksichtigen, dass es sich dabei um die wöchentlichen, gemeinsamen Reinigungsbäder in den Centralbaderäumen mit einer grösseren Anzahl von Wannen handelt, deren Beaufsichtigung man dem weiblichen Personal natürlich nicht wohl zumuthen könnte. Die Besorgung von Einzelbädern, etwa bei verunreinigten oder fieberhaft erkrankten Patienten, wird von dem weiblichen Personal ohne weiteres verlangt und übernommen. Dauerbäder und prolongirte Bäder sind in Schottland (und auch in England) bisher nicht in Gebrauch. Natürlich würde sich für diesen Fall ja ohne weiteres die Möglichkeit darbieten, die Kranken im Hemd baden zu lassen, obwohl es sich ja meistens um solche handeln wird, die ihrer grösseren Erregtheit halber überhaupt nicht auf den Abtheilungen mit weiblichem Personal zu halten wären.

Der Hauptpunkt indessen, in welchem ich mich mit Hoppe nicht einverstanden erklären kann, findet sich in seinem Schlussabsatz, wo er davon abräth, das Experiment mit weiblicher Pflege zu machen, soweit man „mit dem männlichen Personal einigermaassen zufrieden" ist, und im weiteren die weibliche Pflege als einen „Nothbehelf" bezeichnet. Ich fürchte, diese Worte möchten manchen veranlassen, die Sache mit einem erleichterten „na also" aus der Hand zu legen. Ich glaube, dass Hoppe's Auffassung sich von dem socialen Gesichtspunkt herleitet, unter welchem er die ganze

*) Rosslyn-Castle, die übrigen waren Morningside, Edinburgh-Bangour, Larbert, Inverness, Aberdeen, Woodilee, Gartloch.



Angelegenheit denn doch vorwiegend betrachtet, und dem ich in dieser Specialfrage nur eine secundäre Wichtigkeit beimessen kann, wenn auch seine gebührende Berücksichtigung eine der Vorbedingungen für die etwaige Einführung weiblichen Pflegepersonals auf Männerabtheilungen ist.

Für mich liegt vielmehr die Frage so: Würde die Pflege durch weibliches Personal für die dafür geeigneten männlichen Kranken einen Fortschritt bedeuten oder nicht?

Ich stehe nicht an, diese Frage mit einem runden Ja zu beantworten. Obwohl ich überzeugt bin, dass es gute männliche Pfleger auch für die Krankenpflege im engeren Sinne giebt, so glaube ich doch, dass das weibliche Personal überall da den Vorzug verdient, wo das „Kranksein" eine über die Beaufsichtigung hinausgehende eigentliche Pflege erheischt. Das wären also ausser den intercurrenten oder begleitenden köperlichen Erkrankungen die Fälle mit ausgeprägtem Krankheits- und Insufficienzgefühl, die Depressions- und vor allem Angstzustände, ein grosser Theil der Fälle mit Verfolgungsideen und das Gros der hinfälligen, siechen, decrepiden Kranken. Sie alle würden unter weiblicher Pflege besser aufgehoben sein, zum Theil würden sie es auch sicher empfinden und schon dadurch günstig in ihrem Zustande beeinflusst werden können. Es ist ja die Aufnahme in die Anstalt in vielen Fällen die einzige Möglichkeit bei unseren Kranken, der indicatio causalis wenigstens einigermaassen zu genügen, und von der beruhigenden Wirkung allein schon der geordneten Anstaltspflege gegenüber den unzweckmässigen Verhältnissen draussen überzeugt man sich ja immer aufs neue. Da muss doch alles als erstrebenswerth angesehen werden, was in diesem Sinne weiter hilft und dem Kranken den Aufenthalt in den neuen Verhältnissen, welche die Schädigungen seiner früheren Umgebung zwar fernhalten, ihn aber doch zugleich seines Heims berauben, erleichtern oder angenehmer machen könnte. Gerade für solche Fälle wird mit Recht und Erfolg der Charakter der Irrenanstalt immer mehr dem des Krankenhauses angepasst; warum soll man nun nicht die persönliche Beeinflussung des Kranken durch das Pflegepersonal unter dem gleichen Gesichtspunkt zu vervollkommnen streben? Der Kranke unterliegt ihr ja Tag und Nacht, und eben deshalb ist sie unzweifelhaft von grösster Wichtigkeit.

Ein Krankenhaus, in welchem die Pflege schwer kranker Männer in Händen ausschliesslich männlichen Personals läge, würde keiner von uns für seine eigene Person einem solchen mit Schwesternpflege vorziehen, wenn er vor die Wahl gestellt würde. Aus welchem Gefühl denn somit, als aus der Ueberzeugung von der Ueberlegenheit der Krankenpflege durch weibliche Hand?

Dazu kommt in der Irrenanstalt die infolge der Eigenart der Kranken grössere Gefahr des barschen Wesens der männlichen Pfleger — wenn man auch von offensichtlich schlechter Behandlung ganz absieht —, ihre grössere Ungeschicklichkeit beim Pflegen, Füttern, Abwarten der Patienten, welche denn doch die Regel bilden dürfte gegenüber dem eventuellen Durchschnitt des weiblichen Personals. Es läge also nicht blos die Möglichkeit eines Fortschrittes von einer an sich schon guten Lösung der Frage aus vor, sondern wir würden zu einer Abstellung von Mängeln gelangen, die man jetzt wohl erkennt, zu deren Beseitigung aber keine Mittel vorliegen.

Auch die Aussenwelt würde die Anstalt mit anderen Augen ansehen, speciell die Angehörigen würden sicherlich höchst sympathisch davon berührt sein, ihre Kranken unter der Obhut von Pflegerinnen zu wissen. Diese Punkte sind von grosser Wichtigkeit, wenn wir uns vergegenwärtigen, dass das ein Weg mehr wäre die Vorurtheile gegen unsere Anstalten zu bekämpfen, und zu erreichen, dass die Kranken immer früher der sachverständigen Behandlung zugeführt werden; wir würden also damit eine weitere Handhabe besitzen, ihnen mittelbar grössere Chancen auf Besserung ihres Leidens zu eröffnen.

Eine Reihe weiterer Vortheile der weiblichen Pflege, sowie gewichtige Namen von Fürsprechern führt Hoppe noch an. Dafür, dass eine solche auch der Pflege durch Angehörige des eigentlichen Berufsstandes im männlichen Pflegepersonal, durch die Brüder, überlegen sein dürfte, gestatte ich mir noch eine private Aeusserung des Landesrath Vorster (Rheinprovinz) anzuführen, welcher mir schreibt: . . . . „ich habe nur andeuten wollen, dass ich die Pflege der barmherzigen Schwestern sehr viel höher stelle, als die der „Brüder". Letztere sind nicht zu der peniblen Reinlichkeit, Ordnung und dem gewissen Etwas von Behaglichkeit und Frieden zu bringen, das die von Schwestern gepflegten Krankenräume, wie auch die Wirthschaftsräume durchzieht. So stehe ich denn auch persönlich der Verwendung von Schwestern bei Männern in gewisser Beschränkung (Zuziehung von männlichen Hilfskräften) sehr sympathisch gegenüber und habe den Gedanken auch nicht aufgegeben, an einzelnen Anstalten damit einen Versuch zu machen". —

Ich könnte mir sogar vorstellen, dass man diesem Ziel zu Liebe einen Theil der Bedenken gegen organisirte Schwesternpflege überhaupt fallen liesse. Wo



letztere besteht, dürfte sie meistens die Durchführung wesentlich erleichtern.

Wenn man nach alledem wohl zugeben muss, dass die Einführung des weiblichen Personals auf Männerabtheilungen einen grossen Fortschritt bedeuten dürfte, und, falls sie gelängen, weit davon entfernt wäre, ein Nothbehelf zu sein, so bleibt die Frage nach der Möglichkeit des Gelingens noch näher zu überlegen.

Den vollgültigsten Beweis dafür werden wir aus den schottischen Verhältnissen entnehmen müssen. Die von Hoppe citirte Arbeit Robertsons*) ist jetzt bereits über 3 Jahre alt. Schon damals hatte er in der ihm unterstellten Anstalt Larbert diese Form der Krankenpflege mehrere Jahre lang systematisch und allmählich steigend in Gebrauch. Zudem war er nicht der erste, sondern er hatte sie erst eingeführt, nachdem man an anderen schottischen Anstalten gute Erfahrungen damit gemacht hatte. Man kann also das sonst meistens zur abfälligen Kritik benutzte Argument „das ist ja nichts neues“ hier entschieden als eine werthvolle Stütze der vorgetragenen Ausführungen in Anspruch nehmen.

Zur Zeit meines Besuches (Juni 1904) waren in der mit 370 Männern (und 320 Frauen unter 44 Pflegerinnen) belegten Anstalt Larbert**) auf der Männerseite bei Tage 13 Pflegerinnen und 18 Pfleger, bei Nacht 4 Pflegerinnen und 7 Pfleger thätig. Von den 370 Männern waren am Tage 117 und Nachts 97 weiblichem Personal anvertraut, welch' letztere Zahl zugleich die Anzahl der unter weiblicher Pflege befindlichen eigentlich überwachungsbedürftigen Kranken repräsentirt. Es ist ja auch kein Grund vorhanden, den Kranken, wenn sie sonst für weibliche Pflege geeignet sind, für die Zeit der Nachtwache diese Wohlthat zu entziehen. Die 40 Patienten, welche am Tage mehr unter Pflegerinnen stehen, sind nachts nicht speziell überwacht, sondern werden nur von einer Wandelwache regelmässig besucht. Es sind somit in Larbert 2/5 des Personals der Männerseite weiblich. — In Woodilee (District Glasgow) waren in der Anstalt 400 Männer (und 381 Frauen unter 79 Pflegerinnen) untergebracht. Dabei waren am Tage 38 Pfleger und 17 Pflegerinnen thätig, während nachts 10 Pfleger und 7 Pflegerinnen wachten. 4 sogen. Cottages mit 57 arbeitenden Männern waren je einem Pflegerehepaare unterstellt und eine Station für imbecille Kinder (11 männl. 17 weibl.) hatte tagsüber 4 Pflegerinnen und nachts eine solche als Nachtwache. Es war hier demnach über 1/3 des Pflegepersonals auf der Männerseite weiblich. Es ergiebt sich also, dass in diesen Anstalten ein grosser Theil der männlichen Kranken von Pflegerinnen besorgt wird. Das Verhältniss würde noch beweiskräftiger ausfallen, wenn man nur die bettlägerigen und Wachsaalkranken heranziehen würde, denn auf diese entfällt eben das Gros des weiblichen Personals, während die Pfleger noch die ganzen übrigen Männer mit unter sich haben. Es würde sich dann ergeben, dass von den intensiverer Behandlung bedürftigen Kranken weitaus die Mehrzahl unter weiblicher Pflege sind.

Man darf ferner nicht ausser Acht lassen, dass ausser den schottischen Anstaltsleitern, die vielleicht geneigt sein möchten, die von ihnen selbst getroffenen Einrichtungen zu rosig anzusehen, auch die gänzlich unparteiischen Stimmen der staatlichen Revisionscommission, deren ärztliche Mitglieder Irrenärzte von langjähriger Erfahrung sind, sich äusserst günstig über die Erfolge und über den Eindruck aussprechen, den ihnen die unter weiblichem Personal stehenden Männerabtheilungen immer wieder machen. Speciell der vor Kurzem verstorbene Sir John Sibbald, frühere Anstaltsleiter, dann Commissioner in Lunacy und in den letzten Jahren Vorsitzender des Edinburgh Lunacy Board, der sich überhaupt um die Einführung freier Verhältnisse an schottischen Anstalten grosse Verdienste erworben hat, und der trotz seiner Jahre einer der denkbar modernsten Psychiater war, bekannte sich als begeisterten Anhänger der weiblichen Pflege, obwohl er selbst ihrer Einrichtung fernstand.

Ich möchte noch kurz bemerken, dass auf mich der Betrieb mit Pflegerinnen, welchen ich u. a. in Larbert mehrmals am Tage und Nachts in Wirksamkeit gesehen habe, einen ganz vorzüglichen Eindruck gemacht hat.

Ich persönlich vermag somit an der Durchführbarkeit dieser Verbesserung — anders kann ich es nicht bezeichnen — nicht mehr zu zweifeln.

Die immerhin sehr zahlreichen Punkte, welche man dagegen aufführen kann, und welche auch Hoppe besprochen hat, dürften, wenn man sich einmal auf den Standpunkt stellt, die Sache ernstlich zu wollen, überwindbare Schwierigkeiten sein, zum Theil geringer als es zunächst scheint, während sie zum anderen Theil auf selbstverständliche Vorbedingungen hinauslaufen, deren Erfüllung auch sonst manche Vortheile im Gefolge hat.

Es ist klar, dass man schwer erregte, impulsiv gewaltthätige und vor allem sexuell sehr erregbare Kranke weiterhin von Männern verpflegen lassen muss. Auch junge Leute, bei denen Neigung zur Masturbation besteht, sind besser auf anderen Abtheilungen untergebracht, ein Punkt, auf den mich Dir. Robertson mündlich aufmerksam machte. Andererseits aber

*) G. M. Robertson: Hospital Ideals in the Care of the Insane. British Journal of Mental Science April 1902.

**) Die von Robertson geleitete Anstalt Stirling District Asylum.



giebt es eine ganze Reihe immerhin erregter Kranker, die sich unter der Obhut der Pflegerinnen überraschend gut halten lassen, theils wegen der doch noch schonenderen Art, in welcher diese ihnen entgegentreten*), theils weil eine gewisse unwillkürliche Rücksichtnahme ihre Selbstbeherrschung steigert. Ergiebt sich aus dem letzten Punkte ein nicht unerheblicher therapeutischer Faktor, so läuft die Auswahl der Patienten im ganzen genommen auf eine genauere Individualisirung hinaus, welche weitgehend ja sowieso schon an jeder offenen Anstalt geübt werden muss und keinen Nachtheil einschliesst sondern im Gegentheil nach jeder Richtung hin förderlich ist.

Hierzu kommt dann die Frage nach der Eignung des Personals. Ich persönlich zweifle nicht, dass sich in den grossen Anstalten schon jetzt eine Reihe von geeigneten Pflegerinnen finden wird, welche genügend Verständniss und Intelligenz bei unzweifelhafter sittlicher Eignung besitzen. Solche werden auch nach einiger Ueberlegung, wenn nicht sofort, bereit sein, den Dienst auf Männerabtheilungen zu übernehmen. Voraussetzung ist dazu u. a. Einführung von Schwesterntracht, wo sie noch nicht besteht, die ich aber auch auf den Frauenabtheilungen für zweckmässig und richtig halte. Ich befürworte hiermit selbstverständlich nicht die vielfach absonderliche Tracht der eigentlichen Ordensschwestern, welche auf Geisteskranke unter Umständen eher verwirrend oder gar erschreckend wirken möchte, sondern eine jener leichteren und auch hygienischeren Trachten, wie sie vielerorts an Kliniken etc. üblich sind und die gerade hinreichen, damit die Kranken die Pflegerinnen unwillkürlich als „Schwestern" ansehen.

Robertson macht die Einschränkung, dass man — das Baden wurde eingangs bereits besprochen — beim An- und Auskleiden, beim Abführen ausser Bett befindlicher Kranker und bei der Säuberung solcher, wenn sie sich verunreinigt haben, männliches Personal gebrauche. Das An- und Ausziehen bezieht sich auch hier wieder auf das allgemeine Aufstehen und zu Bett gehen einer grösseren Anzahl von Patienten, während beim Einzelnen die Pflegerin natürlich ohne weiteres helfen würde, wenn das nöthig wäre. Das Beaufsichtigen auf dem Closet wird auch in Larbert auf der Aufnahmestation von den Pflegerinnen geleistet, an anderen Anstalten (Inverness, Aberdeen) wird es überhaupt ohne weiteres verlangt und ausgeführt; man hält da diesen Einwand, den Robertson sich selbst in seiner Arbeit machte, für zu weitgehend und nicht stichhaltig; ähnlich ist es auch mit der Säuberung der ausser Bett befindlichen Kranken. Je mehr bei den Patienten die Hilflosigkeit und das Kranksein im allgemeinen Sinne in den Vordergrund tritt, um so mehr werden die Pflegerinnen für die nothwendigen Vorrichtungen zu haben sein, umsomehr werden aber auch die Kranken von der weiblichen Pflege haben und deshalb von den Aerzten ihr zugewiesen werden.

Es ist selbstverständlich, dass die Sache durch zweckmässige Einrichtungen erleichtert, durch unzweckmässige in Frage gestellt werden kann. Es ist doch, wenn man aus diesem Punkte etwa ein Bedenken herleiten wollte, ohne weiteres möglich, z. B. ein Closet derartig einzurichten, dass der Patient zwar ausreichend überwacht wird, die Pflegerin aber nichts zu sehen braucht, als sie sehen würde, wenn der Mann im Bett oder in einem Lehnstuhl am Tisch sitzt. Eine nicht nothwendige, aber für den Anfang vortheilhafte Erleichterung würde ich ferner in einer gewissen Beziehung der zuerst einzurichtenden Abtheilung zu einer entsprechenden Frauenabtheilung sehen; z. B. würden sich vortrefflich die „Lazarethe" mancher neueren Anstalten eignen, welche auf der einen Seite Frauen und auf der anderen Männer aufnehmen. Wenn nicht etwa eine völlige Trennung (Mauer) besteht, sondern gemeinsame Mittelräume (Operationszimmer etc.) vorhanden sind, fordert ihre Anlage geradezu einen solchen Versuch heraus, zumal es gelegentlich vorgekommen ist, dass man mit zweierlei Personal in diesen Gebäuden nicht gut gefahren ist. Im Falle einer derartigen, wenn auch lockeren Beziehung zu einer Frauenabtheilung haben die Pflegerinnen der Männer einen gewissen Rückhalt an den übrigen, welche ihnen meinem Gefühl nach das Einleben in ihre Thätigkeit zumeist wesentlich erleichtern dürfte. In sehr kleinen Häusern, wie es die modernen Aufnahmestationen für ruhige Kranke z. B. vielfach sind, möchten sie sich vielfach zunächst etwas vereinsamt und damit unsicher fühlen, umsomehr je völliger diese Gebäude isolirt erbaut sind und des Connexes mit anderen entbehren. Es würden sich aus solchen Erwägungen, bei denen man versuchen muss sich in das Empfinden der Pflegerinnen hineinzuversetzen, noch allerlei Gesichtspunkte ergeben, deren Berücksichtigung dem Ganzen wesentlich zum Vortheil gereichen würde. Wir sind ja auch in anderer Weise in der Wirksamkeit unseres therapeuthischen Handelns bei Geisteskranken weitgehend von den Eigenschaften unserer Baulichkeiten abhängig. Die neuesten schottischen Anstalten haben, auch wenn sie sonst nach unseren modernen Principien ganz in

*) Vergl. hierzu die oben angeführte Aeusserung Vorster.



kleine villenartige Gebäude aufgetheilt sind (Aberdeen, Edinburgh-Bangour), doch ein grösseres gemeinsames „Hospital", welches die Aufnahme- und Lazarethabtheilungen für beide Geschlechter enthält und unter den oben angeführten Gesichtspunkten neben anderen Vortheilen eine vorzügliche Ausnutzung der weiblichen Pflegekraft für die Männerabtheilnngen ermöglicht. — Es ist auch eine intensive Ueberwachung durch geeignete Oberpflegerinnen natürlich nicht nur nothwendig, sondern vor allem für die Pflegerinnen angenehm, insofern sie an ihnen den besten Rückhalt haben und sich dadurch sicherer fühlen werden. Der von Robertson formulirte Gesichtspunkt, dass man die betreffenden Abtheilungen ganz dem weiblichen Geschlechte unterstellen müsse, da die Pflegerinnen in Gegenwart männlicher gesunder Personen genirt sind, ist höchst beachtenswerth. Gleichwohl hat man in den schottischen Anstalten vielfach mit bestem Erfolg räumlich geschiedene, aber in offener Verbindung stehende Theile der Abtheilungen mit männlichem Personal in Betrieb, welches dann mit unter der gemeinsamen Oberpflegerin (Larbert, Aberdeen) oder Abtheilungspflegerin (Inverness) steht. Es haben sich dabei nicht nur keine Missstände ergeben, sondern man hat einen sehr guten Einfluss auf den Ton der von Männern besorgten Theile der Abtheilungen konstatiren können. Massgebend ist eben, dass das weibliche Personal nicht in der Minorität bleiben darf, sondern die Hauptsache sein muss. Für unrichtig halte ich die von Hoppe ausgesprochene (S. 285 II) Befürchtung einer ungünstigen Rückwirkung auf das männliche Personal. Den guten Pflegern wird es ganz selbstverständlich sein, dass sie die unruhigen, gewaltthätigen Kranken zu übernehmen haben, von denen sie sich selbst sagen müssen, dass sie für die weibliche Pflege nicht geeignet sind; das „Verständniss für die Eigenart ihrer Aufgabe" kann aber meiner Ansicht nach nur gewinnen, wenn sie sehen, in welcher Weise die Pflegerinnen die Sache anfassen. Zudem stehen die auf der angegliederten Abtheilung arbeitenden Pfleger aber mit unter der gemeinsamen Oberpflegerin, welche es sicher in der Hand hat, sie gerade in der eigentlichen Pflege besonders gut anzuleiten, besser als das ein mittlerer Oberpfleger kann. Ich glaube auch, mit der Eifersucht auf etwaige Bevorzugung der Pflegerinnen wird es nicht so schlimm sein; es wird sich bei den ordentlichen Pflegern eine gewisse Hochachtung für ihre Colleginnen ausbilden, welche derartige Regungen nicht aufkommen lässt, ein Punkt, für den die Auffassung der Aerzte und ihre Stellungnahme von maassgebendem Einfluss ist.

Ein Bedenken sexueller Ungehörigkeiten zwischen Pflegerinnen und Patienten, um auch dieses noch zu streifen, halte ich für unberechtigt. Wenn man die Pflegerinnen sonst für diesen Dienst geeignet erachtet, so stellt man ihnen eben damit ein solches Zeugniss sittlicher Gesundheit aus, dass die Gefahr der Entwicklung derartiger Beziehungen mit Geisteskranken ausgeschlossen erscheinen dürfte. Es kommt die Beaufsichtigung hinzu und die aus anderen Gründen schon selbstverständliche Vorsicht, nirgends eine einzelne Pflegerin allein zu beschäftigen. Zu sexuellen Schimpfereien vollends sind die Bewohnerinnen der Frauenabtheilungen so erheblich mehr geneigt als die Männer, und ihre Rücksichtslosigkeit gerade ihrem eigenen Geschlecht gegenüber ist eine so viel grössere, dass nach dieser Richtung hin der Dienst auf den in Frage kommenden Männerabtheilungen in einem wohlthuenden Contrast stehen dürfte.

In Bezug auf die von Hoppe als nothwendig hingestellten Verbesserungen in der sozialen Stellung des Personals ist man uns in Schottland (und auch in England) allerdings weit voraus. Es kommt dort nicht mehr vor, dass man Pflegepersonal, insbesondere weibliches, in den Räumen der Kranken schlafen lässt. In unmittelbarer Nähe, event. durch electrische Klingeln erreichbar, schlafen in besonderen Zimmern soviel Pflegepersonen, als für den Nothfall erforderlich erscheinen, die übrigen haben ihre Schlafzimmer, theils zu zweien, meist — wenigstens soweit es die Pflegerinnen betrifft — allein, in anderen Theilen der Anstalt, vielfach in besonderen Gebäuden. Solche Einrichtungen wären ja für das weibliche Personal auf den Männerabtheilungen selbstverständlich, aber auch sonst nur human, während das Gegentheil als ein Ueberbleibsel aus der Zeit, wo man noch keine Nachtwachen hatte, allmählich verschwinden dürfte. Die Kosten der Einrichtung besonderer Unterkunftsräume für das Personal werden durch den Gewinn an Plätzen für Kranke doch immerhin etwas gemindert. — Die Bezahlung der auf der Männerseite beschäftigten Pflegerinnen ist verhältnismässig eine etwas höhere als die der übrigen. Letztere erhalten z. B. in Larbert (neben freier Station, eigenem freundlich möblirtem Zimmer und vollständiger Dienstkleidung) von 340—500 Mark, erstere von 360—500 Mark, während die Pfleger von 560—1000 Mark bekommen. Zum Vergleich beträgt das Anfangsgehalt der Aerzte an dieser Anstalt 1600 Mark.

Eine erhöhte Fürsorge für das Personal, vor allen Dingen auch in den nicht direct pecuniären Beziehungen erscheint unumgänglich, wenn man das Bestreben verfolgt, auch den Dienst in der Irrenanstalt den Mädchen



aus besseren Kreisen als einen gangbaren Weg zur Erlangung eines eigenen Wirkungskreises zugänglich zu machen. Eine solche Hebung des allgemeinen Niveaus wäre ja für den in Rede stehenden Zweck besonders nothwendig, wenigstens, wenn man die Einrichtung einigermassen ausdehnen möchte. Solange die Männerarbeit noch wesentlich besser bezahlt wird, als eine entsprechende weibliche, würde man ja einige Ersparniss erzielen, wenn man eine grössere Zahl von Pflegern durch Pflegerinnen ersetzen könnte. Das wäre indessen um so weniger zu betonen, als sicherlich die Besoldung im allgemeinen aufgebessert werden dürfte. Damit wäre die Ersparnis immer nur eine relative; aus dem jetzigen Charakter unseres Personals könnte man aber folgern, dass bei Aufwendung gleicher Mittel an weiblichen Hülfskräften für unsere Zwecke immer ein verhältnissmässig besseres Material zur Verfügung stehen wird, und unter diesem Gesichtspunkt könnte man, meine ich, auch einen ökonomischen Vortheil in der Einführung von weiblichem Personal auf Männerabtheilungen erblicken.

Ein Punkt, den Robertson besonders betont, ist das Streben Pflegerinnen zu gewinnen, welche bereits in allgemeiner Krankenpflege erfahren sind. Er hält das vor allem auch für die Posten der Oberpflegerinnen für nothwendig. Andere schottische Anstaltsärzte legen hierauf nicht so viel Gewicht, sondern sehen die Hauptsache in der Eignung eben für den Umgang mit Geisteskranken. Man hat eine Berücksichtigung beider Standpunkte im Bezirk Glasgow angestrebt, wo zwischen den Irrenanstalten und einer Reihe von Krankenhäusern ein Abkommen besteht, das weibliche Personal bei einheitlich fortschreitenden Gehaltssätzen etc. zeitweise (für einen Zeitraum bis zu 2 Jahren) auszutauschen. Derartig vielseitig ausgebildete Pflegerinnen haben dann gute Chancen später Oberpflegerinnen zu werden. Es darf hierbei nicht vergessen werden, dass man dort eben durch die weitgehende soziale Fürsorge für das Personal bereits einen grösseren Zuzug aus den besseren Kreisen der Bevölkerung bewirkt hat. Vielleicht würde sich aber auch bei uns die Möglichkeit darbieten, aus Krankenhäusern Pflegerinnen zu gewinnen, die bereits männliche Kranke versorgt hatten, wobei ich aber hinzufügen möchte, dass diese vor thatsächlich guten Irrenpflegerinnen erst einen Vorzug verdienen würden, wenn sie sich auch für Irrenpflege speciell geeignet erwiesen haben.

Auffallend war mir der Unterschied, welchen auch in dem in Rede stehenden Punkte das Englische Irrenwesen dem Schottischen gegenüber darbietet. Man beginnt dort erst ganz allmählich damit, weibliches Personal bei Männern zu beschäftigen, und das könnte zu denken geben, wo man dort doch das Beispiel beim Nachbarn vor Augen hat. Indessen die Schwierigkeiten sind weniger auf die Ueberzeugung der Anstaltsärzte als auf ein gewisses fortschrittshemmendes Beharrungsvermögen bei den englischen Commissioners zurückzuführen, welches sich genau so in einem auffallenden und bis jetzt leider recht erfolgreichen Widerstande gegen die Einführung freierer Verpflegungsformen und einer offeneren Bauweise der Anstalten erkennen lässt. Man thut gut daran, sich die englischen Anstalten bei aller Anerkennung ihrer glänzenden technischen Einrichtungen als den modernen Bestrebungen gegenüber noch rückständig vorzustellen. Man muss demgegenüber dem schottischen Irrenwesen ein ganz hervorragendes Verdienst zuerkennen, und ich habe mich durch eigene Beobachtung von der Berechtigung der Ansicht eines Collegen in hoher Stellung im amerikanischen Irrenwesen*) überzeugen müssen, welche er gelegentlich eines Besuches in Alt-Scherbitz aussprach. Er lässt dem deutschen Irrenwesen volle Gerechtigkeit widerfahren, glaubt aber durch die schottischen Einrichtungen selbst unsere modernsten Anstalten übertroffen, hauptsächlich infolge des grossen Fortschrittes, welchen die Einführung des weiblichen Pflegepersonals auf Männeratheilungen durch die damit zusammenhängende allgemeine Vervollkommnung des Krankenpflege-Dienstes mit sich gebracht hat.

*) Dr. Owen Copp. Secretary & Executive officer, State Board of Insanity, Boston, Massachusetts, U. S. A.

Mittheilungen.

— **Brünn.** Die Brünner Gerichtspsychiater Kaiserl. Rath Dr. Fr. Zuska und Director Dr. Hellwig haben sich veranlasst gesehen, den vor 10 Jahren geschlossenen Vertrag mit dem Landgericht zu kündigen. Das Landgericht zahlte nämlich in allen Fällen, wo ein Armuthszeugniss vorlag statt 5 F. 25 Kr. = 10 Kr. 50 Heller nur 5 Kronen. Da die Mehrzahl der Begutachteten zu diesen gehörten, so brachte eine anstrengende fachliche Thätigkeit im Jahre kaum 1000 Kr. bei 100 Begutachtungen, wobei noch Stempel, Schreiber und der das Geld behebende Diener hiervon hezahlt werden mussten. Ueberdies hatten sie Jahre lange Ausstände noch schriftlich zu betreiben. Folgendes der Wortlaut des Kündigungschreibens:



Hohes Präsidium!

Auf Grund eines vom Erstgefertigten verfassten umfangreichen und im österreichischen Aerzte-Kammer-Blatt vom 1. October 1903 veröffentlichten Gutachtens hat über Antrag der mährischen Aerzte-Kammer der VIII. österreichische Aerztekammertag zu Linz in seiner zweiten Sitzung am 7. October 1903 den Beschluss gefasst, bei dem hohen k. k. Justizministerium wegen Aufhebung des mit der ministeriellen Verordnung vom 17. Februar 1855 R. G. Bl. No. 33 verfügten Tarifes für gerichtsärztliche Gebühren im Verfahren ausser Streitsachen und wegen Erlassung eines neuen zeitgemässen Tarifes vorstellig zu werden, zumal die Aerzteschaft Oesterreichs von der Ueberzeugung durchdrungen ist, dass dieser heute noch im bezeichneten Verfahren gültige Tarif aus dem Jahre 1855 veraltet ist, und den dermaligen wissenschaftlichen Leistungen der Gerichtsärzte nicht mehr entspricht.

Nachdem hat aber auch der genannte Aerztekammertag, der legale Repräsentant der Aerzteschaft Oesterreichs, in dieser Sitzung die Gerichtsärzte, welche mit der Untersuchung von Individuen behufs Bestimmung ihres Geisteszustandes, sowie mit der damit verbundenen Abgabe des Befundes und Gutachtens betraut sind, aufgefordert, die zwischen ihnen und dem Gerichte getroffenen Abmachungen, auf Grund welcher in Fällen der Uneinbringlichkeit der gerichtsärztlichen Gebühren seitens der Parteien der Staat diese Anlagen bestreitend, die Minimalansätze des Tarifes aus dem Jahre 1855 auch noch um bis 50% restringirt, zu kündigen, und wurden diese Beschlüsse von Seite der damaligen geschäftsführenden Salzburger Aerztekammer in einer bei dem hohen k. k. Justizministerium eingebrachten Petition entsprechend motivirt, sowie die Bitte unterbreitet, „dass sobald als möglich durch die Schaffung eines entsprechenden Tarifes die unzeitgemässen und für den ärztlichen Stand beschämenden Bestimmungen des Tarifs vom 17. Februar 1855 R. G. Bl. No. 33 ausser Kraft gesetzt werden".

In Erledigung dieser Petition hat nun das hohe k. k. Justizministerium im Einvernehmen mit dem hohen k. k. Ministerium des Inneren mit dem Erlasse vom 8. Januar 1905 Z 23374/04 eröffnet, es nehme in Aussicht, bei der bevorstehenden Reform des Irrenrechtes für das Zustandekommen einer gesetzlichen Bestimmung einzutreten, auf Grund deren ein Tarif für gerichtsärztliche Untersuchungen im Verordnungswege erlassen werden kann, woraus ersichtlich ist, dass inzwischen der alte Tarif aus dem Jahre 1855 bis auf weiteres zu Recht besteht.

Abgesehen davon hat aber auch dieses hohe Ministerium in dem citirten Erlasse erklärt, dass es sich bei den bemerkten Abmachungen mit den Gerichtsärzten „um zweiseitige freiwillig abgeschlossene Verträge handelt", und damit anerkannt, dass den solcher Abmachungen betreffenden Gerichtsärzten jederzeit das uneingeschränkte Recht der Kündigung nicht abgesprochen werden kann. Dazu kommt noch, dass eine solche psychiatrische Bethätigung besondere, den Rahmen der gewöhnlichen ärztlichen Ausbildung überschreitende specialärztliche Kenntnisse erfordert, diese Leistung nach der Ansicht aller, die ein fachgemässes Urtheil darüber zu fällen vermögen, selbst durch die Zuerkennung der vollen Ansätze des Tarifes aus dem Jahre 1855 nicht entsprechend honorirt wird, und trifft dies umsoweniger zu, wenn abmachungsgemäss selbst die Minimalansätze dieses Tarifes noch um bis nahezu 50% gekürzt werden.

Ebenso kann nicht unerwähnt bleiben, dass inzwischen infolge des Erlasses des hohen k. k. Justizministeriums vom 4. April 1902 Z 20201 in allen Fällen vor der Untersuchung des Geisteszustandes durch die Gerichtsärzte behufs Verhängung einer Kuratel wegen Wahnsinnes oder Blödsinnes Erhebungen über das Vorleben und Betragen des Kranken durch das zuständige Pflegeschaftsgericht einzuleiten, sowie diese Erhebungen den Gerichtsärzten vor Abgabe ihres Gutachtens zur Benutzung bei demselben mitzutheilen sind, eine Entlohnung für das zeitraubende Studium dieser Akten aber nach dem letztangeführten hohen Justizministerialerlass nur bei „grösseren Acten" zuerkannt, ansonst jedoch, und letzterer Umstand trifft in den meisten Fällen zu, nicht zugesprochen wird.

Es ist aber auch nach der Ueberzeugung und dem Bestreben der ganzen Menschheit nothwendig, die jeweiligen Entlohnungen in bestimmten Zeiträumen den wirthschaftlichen Verhältnissen anzupassen, und trat deshalb auch am 18. Juni 1905 der Vorstand der österreichischen Staatsbeamtenvereine in der Reichshauptstadt zu einer ausserordentlichen Versammlung zusammen, um über die Mittel und Wege schlüssig zu werden, wie den berechtigten Forderungen der Beamtenschaft zum Durchbruch verholfen werden könne, zumal die Vertheuerung aller Lebensmittel und Gebrauchsgegenstände nicht nur die Beamten Oesterreichs zwingt, ihren standard of life stets herabzusetzen. Letzteres trifft aber auch bei den Aerzten und bei beiden — namentlich in Brünn zu, woselbst nach amtlichen statistischen Zusammenstellungen, und zwar nicht seit dem Jahre 1855, in welchem der bezeichnete ärztliche Gebührentarif erlassen wurde, sondern in der kurzen Spanne Zeit der letzten 7 Jahre einzelne Bedürfnissartikel bis zu 137% im Preise gestiegen sind. —

Auf Grund der voranstehenden Darstellung und der in derselben angeführten gewichtigen Momente beehren sich daher die Gefertigten einem hohen Präsidium die Mittheilung zu unterbreiten, dass sie ausser Stande sind, die bis nun zu Recht bestehende Vereinbarung, sich in Fällen erwiesener Uneinbringlichkeit ihrer Gebühren von Seite der Parteien mit dem restringirten Betrage von je 5 Kronen für die Untersuchung von Individuen behufs Bestimmung ihres Geisteszustandes, die Abgabe des Befundes und Gutachtens und das Actenstudium zu begnügen, ihrerseits weiter aufrecht zu erhalten, mithin dass sie dieses freiwillig abgeschlossene Uebereinkommen vom 1. Jan. 1906 ab hiermit kündigen, wobei sie von der Ueberzeugung durchdrungen sind, dass sie bei dem Umstande, als der citirte Beschluss des österreichischen Aerztekammertages bereits am 7. October 1903, mithin schon vor mehr als 2 Jahren erfolgte, den An-

forderungen des pastoralen, geduldigen Zuwartens bei gleichzeitiger mühevoller, und nicht entsprechend entlohnter Bethätigung vollauf entsprochen haben, sowie, dass ihnen die Bedächtigkeit bei der Fassung dieses ihres vorliegenden Entschlusses nicht mangelte.

Brünn, am 15. December 1905.

Dr. Fritz Zuska, Kaiserl. Rath und k. k. Landesgerichtsarzt M. P.,
Dr. Alfred Hellwig. M. P. Director der Landes-irrenanstalt,
als ständig beeidete Gerichts-Psychiater.

Referate.

— Southard and Roberts, A case o. chronic internal hydrocephalus in a youth Journ. of Nerv. a Ment. Disease Vol. XXXI, 1904. S. 73.

Zur Beobachtung gelangte ein 17 jähriger Knabe, der vor 10 Jahren eine Schädelfraktur erlitten hatte. 7 Monate vor der Aufnahme erkrankte er unter den Symptomen eines Kleinhirntumors. Bei der Operation wurde nichts gefunden; Tod 17 Tage später. Die Autopsie ergab Verwachsung der Dura mit dem Schädel an der Stelle der Fraktur, chronische Leptomeningitis, Hydrocephalus ext. und int., Sklerose der Art. chorioidea ant., chronische entzündliche Veränderungen am rechten Plexus chorioideus.

Die durch das Trauma hervorgerufene Entzündung ist in diesem Falle offenbar die Ursache des Hydrocephalus geworden. Sehr auffallend ist die Sclerose der Art. chorioidea bei einem so jugendlichen Individuum. Schütte (Osnabrück).

— Mill a. Spiller, A case of progressively developing hemiplegia, later becoming triplegia, resulting from primary degeneration of the pyramidal tracts. Journ. of nervous a ment. discase 1903. Vol. 30. No. 7. S. 385.

Ein 54 jähriger Mann erkrankte an einer sich langsam entwickelnden rechtsseitigen Hemiplegie. die zuerst und am stärksten in der unteren Extremität auftrat; später kam auch eine Lähmung des linken Beines hinzu. Die Reflexe waren gesteigert, das Babinski'sche Phänomen vorhanden. Tod 8 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome. Die anatomische Untersuchung ergab eine starke Degeneration der rechten gekreuzten und der linken direkten Pyramidenbahn, die sich bis in die Brücke verfolgen liess, ferner eine relativ frischere Degeneration der linken gekreuzten und rechten direkten Pyramidenbahn. Weder Rückenmark noch Gehirn wiesen weitere nennenswerthe Veränderungen auf, so dass Verf. sich für berechtigt hält, eine primäre Degeneration der Pyramidenstränge anzunehmen. Schütte (Osnabrück).

— A. Hoffmann. Die Nervosität, ihre Ursachen, Verhütung und Behandlung. Aachen, Köster, 1905. 48 S.

Eine gemeinverständliche Darstellung der Geschichte, Aetiologie, Symptomatologie, Prophylaxe und Therapie des im Publikum vielgedeuteten, oft missverstandenen Begriffes der Nervosität, ist gewiss verdienstvoll. Beim Lesen jedoch von Sätzen, wie: »reflektorisch erweitern sich die Kapillaren" (S. 40) und „ein elektrischer Strom bewirkt eine molekulare Veränderung" (S. 25) wird sich ein Laie nicht viel denken können. Der Ausspruch: „Die übermässige Befriedigung des Geschlechtssinnes ist eine wichtige Ursache der Gehirnerweichung" (S. 13) und die zu starke Betonung der Masturbation als ätiologischen Faktors kann falsche Ansichten befestigen und bei »nervösen« Lesern, die Aufklärung in dieser Schrift suchen, hypochondrische Anwandlungen herbeiführen.

Horstmann-Trepow a. R.

— Ueber Störungen des Handelns bei Gehirnkranken von Prof. Dr. H. Liepmann. Berlin 1905 bei S. Karger. II u. 162 S. 8⁰. Preis geh. Mk. 2,50.

L., bereits vorteilhaft bekannt unter anderen als Verf. des Krankheitsbildes der Apraxie (motorische Asymbolie) giebt uns mit vorliegendem, in Egypten geschriebenen Buche einen neuen schätzenswerthen Beitrag zu obiger Frage, indem er davon ausgeht, wie sich bei einer Reihe kleiner Aufgaben die verschiedenen Verfehlungen zu der motorischen Apraxie und den agnostischen Störungen erhalten. Der Versuch erscheint gerechtfertigt, nachdem 4 Jahrzehnte hindurch die Aphasie erforscht, uns deren Grundlagen für das Studium des Handelns zu nutze zu machen, was L. denn auch in zwölf lesenswerthen, flüssig geschriebenen Kapiteln verschiedenen Inhalts wie Beispiele von Varietäten gestörten Handelns, Analyse derselben, Perseveration, Ataxie und andere mehr mit Erfolg versucht. In seiner Schlussübersicht kann er die verschiedenen, durch Gehirnkrankheiten verursachten Störungen anführen, sie mit dem, was bisher darüber gang und gäbe war, vergleichen und die sogenannte ideatorische Form aufstellen, die vermuthlich Teilerscheinung einer allgemeinen Ideationsstörung ist, ein Symptom allgemeiner Gehirnstörung im Gegensatz von Heerdstörung.

Der vornehmlichste Werth der L.'schen Untersuchung liegt darin, dass unsere Aufmerksamkeit auf scharf umschriebene Arbeitsfelder hingelenkt wird und er daraus für grössere einen Vortheil zu ziehen sucht.

Meyer, Münster.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 43. 20. Januar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3 spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Videant consules!

Von *Konrad Alt*.

Der vortragende Rath im preussischen Ministerium für Kultus und Medicinalangelegenheiten, Herr Geheimrath Dietrich, hat kürzlich auf Grund der Statistik einen bedeutenden Rückgang des medicinischen Studiums in Preussen und im deutschen Reich festgestellt. Die Zahl der Approbirten ist seit 1903 gegenüber dem alljährlichen ärztlichen Zuwachs in den Jahren 1900—1903 um rund 45% zurückgegangen, die Zahl der neu in das medicinische Studium Eintretenden in ähnlichem Procentverhältniss. Auch in den benachbarten Kulturstaaten macht sich ein Rückgang des Studiums der Medicin bemerkbar. So zählte Frankreich im Jahre 1895 Studierende der Medicin 7779, im Jahre 1905 nur 6763. In Oesterreich betrug die Gesammtzahl aller ordentlichen Hörer der Medicin — nach einem officiellen Ausweis der Frequenz der medicinischen Facultäten der österreichischen Universitäten aus dem Decennium 1891/92—1900/01 — im Wintersemester 1891/92 5275, die Zahl der ausserordentlichen Hörer 1208, dagegen im Jahre 1900/01 nur 2555 ordentliche, 1168 ausserordentliche Hörer.

Die nunmehr von berufenster Stelle aus weiteren Kreisen aufgedeckte starke Abnahme an jungen Aerzten und Studierenden der Medicin in Deutschland hat Niemanden, der die Entwickelung des ärztlichen Standes, seine Nöthen und Anfeindungen mit offenen Augen und warmem Herzen verfolgt, irgendwie überrascht oder befremdet. Es handelt sich, worauf ja auch Geheimrath Dietrich hinweist, keineswegs um eine zufällige, rasch vorübergehende Erscheinung, sondern um eine tiefgründige, nur durch energische Mithülfe aller berufenen Factoren abzuwendende ernste Gefahr für Deutschlands Volksgesundheit und Kultur. Das ständige Anwachsen der Bevölkerung, deren unaufhaltsame Häufung in den Städten, die durch den Intensivbetrieb auf allen Gebieten bedingte stärkere Inanspruchnahme, Abnutzung und Gefährdung der Menschen stellt der Medicin fortgesetzt neue, schwierige Aufgaben, denen sie nur dann gewachsen sein wird, wenn ihr ständig berufene Jünger in ausreichender Zahl zuströmen. Und das ist jetzt keineswegs der Fall. Nicht nur über Abnahme an Zahl der Studierenden der Medicin hört man berufene Männer klagen, auch deren Beschaffenheit soll eine andere geworden sein und vielfach namentlich an Idealismus zu wünschen übrig lassen. Der Zugang zu den verschiedenen Berufsarten, namentlich denen mit akademischer Vorbildung, hat von jeher mehr minder zufälligen oder berechtigten, sich bald wieder durch eine Gegenwelle ausgleichenden Schwankungen unterlegen. Ueberfüllung eines Standes hat durchweg in dem entsprechenden Fach alsbald eine Abnahme der Studierenden zur Folge, die sich aber ebenso schnell wieder einzufinden pflegen, wenn die Aussichten auf Anstellung, Auskommen und Aufrücken bessere geworden sind. Auch in den meisten akademischen Berufsarten regeln sich durchweg Angebot und Nachfrage selbstthätig. Der Aerztestand unterscheidet sich dadurch nicht unwesentlich von den anderen akademisch gebildeten Ständen, den höheren Lehrern, Geistlichen, Richtern, Verwaltungsjuristen, Baumeistern u. s. w., dass nur ein verschwindend geringer Bruchtheil seiner Angehörigen eine Anstellung erhält, ein Amt inne hat. Es ist deshalb der thatsächliche Bedarf an Aerzten zahlenmässig kaum festzustellen, ebensowenig deren muthmaassliches Einkommen in einem bestimmten Lebensalter. Gerade die Erwägung, dass der Arzt nicht Beamter sei mit staffelförmigem Aufrücken in Einkünften und Ehren, sondern ein vollkommen freier Mann, dessen Ansehen und Einkommen nicht abhänge von Dienstalter und Rang, sondern hauptsächlich von



seinem fachlichen Wissen und Können, von seinem Fleiss und der ganzen Persönlichkeit, war für die meisten angehenden Mediciner ausschlaggebend, sich diesem Zweig der angewandten Naturwissenschaften zu widmen, der überdies wie kaum ein anderer humanitären Neigungen reiche Bethätigung und Befriedigung verhiess. Ausgesprochener Sinn für Unabhängigkeit und Hang zu praktischer Naturwissenschaft, das waren die beiden wesentlichsten Sondereigenschaften, die ich durchweg bei denjenigen meiner Schulkameraden und Altersgenossen herausfand, welche die Medicin als Beruf erwählten. Wenn in dem letzten Viertel des abgelaufenen Jahrhunderts ein so grosser Andrang zum Studium der Medicin erfolgte, hatte diese Erscheinung ihren Grund weniger in glänzenden wirthschaftlichen Aussichten als vielmehr in dem gewaltigen und begeisternden Aufschwung, welchen die angewandten Naturwissenschaften und namentlich die medicinische Wissenschaft erfuhren durch zahlreiche epochale Entdeckungen, die auch dem Laien den ärztlichen Stand und seine Kunst in eine glänzende Beleuchtung rückten. Es braucht nur erinnert zu werden an die Umwerthung der Physiologie und Psychologie durch Hitzigs geniale Hirnlocalisation, an Robert Kochs bahnbrechende Entdeckung und Reinzüchtung des Tuberkelbacillus und anderer Krankheitserreger, an die segensreiche Einführung der Antisepsis und Asepsis, an die rapide Entwickelung der Hygiene u. s. w.

Kein Wunder, dass bei solch verlockender Perspective alljährlich unzählige begeisterte Jünglinge der allüberall mit freudiger Anerkennung und hochgespannter Erwartung besprochenen medicinischen Wissenschaft zuströmten, und dass gar bald die medicinischen Institute fast aller deutschen Hochschulen erneuert oder doch bedeutend erweitert werden mussten. Aber viele Tausende von ihnen, die voller idealer Begeisterung der verheissungsvollen Medicin Jugend und Vermögen geopfert und unbekümmert um das künftige wirthschaftliche Los schaffensfreudig einer gründlichen Ausbildung obgelegen haben, erhalten heute als Entgelt für eine gefahrvolle, aufreibende und wenig befriedigende Thätigkeit aus der Hand und durch die Gunst gesellschaftlich tieferstehender Kassenvorstände gerade soviel Lohn, dass sie und die Ihrigen vor dem Verhungern geschützt sind. Die wirthschaftliche Abhängigkeit eines grossen Theiles der deutschen Aerzte von Leuten, denen die erforderliche Verstandes- und Herzensbildung zu einer vornehm-sachlichen und weitblickend-gerechten Durchführung der an sich segensreichen Versicherungseinrichtungen abgeht, die vielen daraus entspringenden, in gehässigstem Tone vor die breite Oeffentlichkeit gezerrten Misshelligkeiten haben dem Ansehen des ärztlichen Standes nachhaltig starken Abbruch gethan. Auch der Umstand, dass eine gewerbsmässige Ausübung der Heilkunde durch nicht staatlich approbirte Personen gesetzlich geduldet ist, trägt wesentlich Schuld an der Misere des ärztlichen Standes. Das üppiche Wuchern des schamlosen Kurfuscherthums, welches unter allerlei bethörenden Phrasen und Protectionen ungestraft trügerische Versprechungen und Erfolge ausposaunt und planmässig in Wort und Schrift das verschwiegene Wirken der Aerzte begeifert, wäre undenkbar, wenn die Gesetzgebung nur den vorschriftsmässig ausgebildeten und geprüften Medicinern das Behandeln von Kranken gestattete. Spätere Kulturepochen werden es kaum fassen können, dass um die Wende des naturwissenschaftlichen Jahrhunderts in dem auf medicinischem Gebiet bahnbrechenden Deutschland eine derartige Sünde gegen die Naturwissenschaft unter dem Schutze des Gesetzes üppig wuchern konnte.

Die aus den angeführten Gründen dem ärztlichen Stand und Ansehen wirthschaftlich und moralisch erwachsenen Schädigungen haben um so verheerender gewirkt, als leider früher über der fachlichen Ausbildung der Mediciner durchweg die formale Schulung und collegiale Zusammengehörigkeit ungenügend berücksichtigt und geweckt worden war. Ich habe als langjähriger Ehrenrathsvorsitzender eines grossen Standesvereins zahlreiche widerwärtige Conflicte zwischen Collegen kennen gelernt, wie sie kaum in einem anderen academisch gebildeten Stande denkbar sind. In diesem Punkt müssen wir Aerzte noch recht viel lernen und besser werden, wenn anders wir nicht hinter anderen Berufsarten zurückstehen wollen. In puncto Collegialität und Concurrenz ist vielerorten in einer Weise gefehlt worden, die auf lange hinaus dem ärztlichen Ansehen empfindlich geschadet hat.

Diese unverkennbaren Missstände haben den Zugang zum medicinischen Studium, das überdies erheblich länger und teurer geworden ist, in besorgnisserregender Weise gemindert. Es darf auch nicht übersehen werden, dass einem jungen Manne, der Lust und Liebe für angewandte Naturwissenschaften hat, heutzutage auf anderen praktischen Gebieten weit lohnendere und freiere Bethätigung winkt, wie in dem ärztlichem Berufe, auf welchen der Spruch „dat Galenus opes" ebensowenig mehr zutrifft wie die einst mit Recht ihm nachgerühmte Unabhängigkeit.

Es war vorauszusehen, dass der geringere Zuwuchs an jungen Aerzten, zumal wenn die Meinung kundiger Männer zutrifft, dass gerade die strebsameren



und idealer veranlagten Jünglinge sich dem Studium der Medicin in weit geringerer Zahl als früher zuwenden, in erster Linie bei Besetzung der Assistentenstellen bemerkbar werde. In der That macht sich der Mangel an geeigneten und gewillten Kräften zur Besetzung der Assistenzarztstellen überall in leidigster Weise fühlbar. Von befreundeten und bekannten Krankenhausleitern aller Disciplinen habe ich ausnahmslos darüber klagen hören, dass es heutzutage schwer, ja unmöglich sei, tüchtige Assistenten in ausreichender Zahl zu bekommen und zu halten. Wenn der Leipziger Verband, dessen rührige Bemühungen um Hebung des ärztlichen Standes ich vollauf anerkenne und seit Jahren selber eifrig unterstütze, das Gegentheil behauptet, so beweist das nur, dass er leider nicht die wünschenswerthe Fühlung mit der Mehrheit der Krankenhausleiter hat. An vielen wohlrenommirten Krankenhäusern, die früher sich des Andranges vorzüglicher Bewerber um Assistentenstellen kaum erwehren konnten, herrscht seit Jahren ständig Assistentenmangel.

Ist meine Auffassung über die Ursachen des Assistentenmangels richtig, dann handelt es sich nicht um eine vorübergehende Erscheinung, sondern um einen tiefbegründeten, nachhaltigen Missstand von weittragenden Folgen. Aus einstigen Assistenzärzten rekrutirt sich in der Hauptsache der Generalstab des ärztlichen Standes.

Die Psychiatrie ist dasjenige Sonderfach der Medicin, welchem von jeher nur ein geringer Bruchtheil der jungen Aerzte Geschmack abgewann und aus innerem Trieb zusteuerte. Und gar manche, denen das Studium und die Diagnostik der krankhaften Veränderungen des Gehirns und der Seelenthätigkeit anziehend und interessant erschien, sind vor dem psychiatrischen Beruf zurückgescheut, weil er eigentlich nur in Kliniken und Anstalten ausgeübt werden kann, sehr viel persönliche Entsagung erheischt und überdies im Vergleich zu den meisten anderen Specialfächern eine — wenn ich so sagen darf — mehr conservierende als direct eingreifende ärztliche Thätigkeit ermöglicht. In den Augen des Publikums und selbst der gebildeteren Kreise wird der Psychiater durchweg geringer bewerthet oder doch weniger anerkannt wie der Specialarzt anderer Fächer, dessen Erfolge mehr in die Augen springen und weniger verschwiegen bleiben. Der in allen deutschen Landen ob seiner echten Volksthümlichkeit und Lebensweisheit hochgeschätzte Volksschriftsteller Hansjakob, der während einer schweren Gemüthskrankheit aus eigener Anschauung in Illenau die segensreiche aber opferschwere Thätigkeit der Irrenärzte kennen lernte, betont in seinem überaus lesenswerthen Buche „Aus kranken Tagen", wie wenig Nachfrage nach dem so unangenehmen Posten eines Anstaltsarztes sei, was er übrigens Niemand verübeln könne. Dieser Menschenkenner weist in seiner drastischen Art auch darauf hin, dass schöne, gebildete und reiche Mädchen ihre Männer in der närrischen Welt draussen suchen und nicht in eine Irrenanstalt heirathen; dieser das Heirathen erschwerende Umstand mache den Beruf des Arztes in der Anstalt auch nach dieser Richtung hin nicht beneidenswerth.*) Als Hansjakob seine Beobachtung machte „wie wenig Nachfrage nach dem so unangenehmen Posten eines Anstaltsarztes" sei, gab es in Deutschland junge Aerzte in Ueberfülle, und alle andern Specialfächer hatten mehr als genügenden Nachwuchs. In unseren Tagen, da aus den angeführten Gründen der Zugang zum medicinischen Studium und ärztlichen Beruf erheblich abgenommen hat, derart, dass selbst die früher gesuchtesten Specialfächer einen Mangel an geeigneten Assistenten aufweisen, sieht es natürlich um die Nachfrage nach dem Posten eines Anstaltsarztes noch weit trauriger aus, und rühmlichst bekannte Irrenanstalten haben Jahrelang ein oder mehrere Stellen unbesetzt, ja trotz monatelanger Ausschreibung in allen Fachblättern läuft nicht einmal eine Bewerbung ein. Dass dieser Zustand nicht fortbestehen darf und gründliche Abhülfe dringend Noth thut, bedarf keiner weiteren Worte. Es fragt sich nur, was muss geschehen, um den Anstalten brauchbare Kräfte in ausreichender Zahl zuzuführen und zu erhalten?

(Schluss folgt.)

*) Heinrich Hansjakob „Aus kranken Tagen". III. Aufl. Heidelberg 1901. Verlag von Georg Weiss. Seite 189.

Wesen und graphische Darstellung des manischen Symptomencomplexes.

Von Oberarzt *Dr. Bresler*, Lublinitz.

Von jeher gelten Melancholie und Manie als **gegensätzliche** Zustände. Man stellt sie einander gegenüber, wie die Lähmung dem Krampf, die Anämie der Hyperämie; ja man sieht in diesem Vergleich mehr als einen solchen, man glaubte zeitweise, darin das Wesen beider Zustände gefunden zu haben.

Demzufolge bedient sich die graphische Darstellung des Verlaufs melancholisch-manischer Zustände der



Wellenlinie. Die Depression wird gewöhnlich mit dem Wellenberg, die Manie mit dem Thal wiedergegeben oder auch umgekehrt.

Es ist bisher nicht gelungen, für jeden der genannten beiden Zustände einen bestimmten characteristischen Mechanismus der Gehirnthätigkeit zu ermitteln. Weder Blutdruck- noch Stoffwechseluntersuchungen, noch die bekannte Meynert'sche Theorie, noch andere Forschungswege haben zu dem gewünschten Ziel geführt. Wir sind nur auf Vermuthungen angewiesen.

Meine Erwägungen haben die Hypothese gezeitigt, dass die nächste Ursache des manischen Symptomencomplexes (um damit die Gesammtheit der typischen Symptome der Manie zu bezeichnen) weniger in Gefäss- oder chemischen Veränderungen, die natürlich nicht fehlen mögen, als in der Lockerung und Lösung jenes festen Verbandes der Gehirnrindenzellen zu suchen ist, der sich uns in mikroskopischen Rindenbildern nach Golgi und Cajal, z. B. in dem grossartigen Werke Ramón y Cajals, Studien über die Hirnrinde des Menschen, (Leipzig, J. A. Barth) in so wunderbarer Weise zeigt. Nach Ramón y Cajals Untersuchungen können wir uns vorstellen, dass irgend eine Art von Rindenzellen, welche nicht specifischen Funktionen dienen, d. h. nicht Anfangs- oder Endstationen von Projectionsbahnen sind, diese letzteren auch nicht in den Associationscentren — etwa mit einem Rest von Attributen sensorischer oder motorischer Natur ausgestattet — vertreten, — dass diese nicht-specifischen Rindenzellen die Aufgabe haben, als feste Schalt- und Regulirungsapparate den an sich regellosen Amöboidismus der übrigen Nervenzellen zur Innehaltung gewisser Normen in Richtung, Schnelligkeit und Aufeinanderfolge der Bewegung zu zwingen.

Es liegt aus verschiedenen Gründen nahe, bei den Nervenzellen mit kurzem Axencylinder, deren unmittelbarer Wirkungskreis auf die Gehirnrinde beschränkt ist, diese Thätigkeit zu vermuthen.

Die Schädigung dieser Zellen hat nicht, wie diejenige projectiver oder associativer Centren, Krampf oder Lähmung, Reizung oder Abschwächung, vor allem keine sogenannten Heerdsymptome und keine „inhaltlichen" psychischen Störungen zur Folge, sondern den Wegfall von Hemmungen und Regulirungen, die Ungebundenheit. Dem entspricht auch die klinische Erfahrung, dass unter den psychotischen Zuständen die Manie, wenigstens die typische, das eigentliche Gebiet der formalen Störungen des Seelenlebens, dagegen relativ arm an Sinnestäuschungen und Wahnideen ist.

Der manische Symptomencomplex ist nicht die Umkehrung der Depression, sondern er ist ein Ausfallssymptom, insofern er nämlich durch den Ausfall der Funktion einer bestimmten Art von Zellen, eines bestimmten Systems, bedingt erscheint.

Macht sich im Verlauf einer geistigen Erkrankung dieses Ausfallsbild bemerklich, indem sich die Depression in Heiterkeit, die Hemmung in Bewegungsdrang verwandelt, so geschieht etwas ähnliches, wie wir es von der Vagusreizung und Vaguslähmung kennen. Doch soll dies nichts weiter als ein Vergleich sein.

Zur graphischen Darstellung des manischen Symptomencomplexes schlage ich vor die durchbrochene Linie zu benutzen. Der einzelne manische Anfall ist daher wie in Fig. 1 zu veranschaulichen. Die graphische Darstellung der manischen Erregung mag vielleicht für etwas zu sehr Aeusserliches, Unbedeutendes gehalten werden, als dass man auf ihre Genauigkeit und Richtigkeit grossen Werth zu legen brauchte. Aber derartige gewohnheitsmässige Irrthümer in der Anschauung hemmen oft den Fortschritt der Erkenntniss und Forschung. Und dass letzteres bei der Auf-

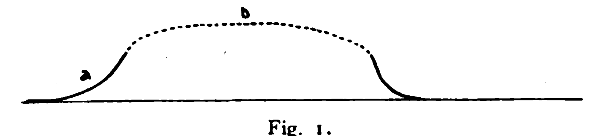


Fig. 1.
a) initiales Depressionsstadium, b) manische Symptome.

Das Verhältniss des depressiven Stadiums zum manischen giebt dann die Curve in Fig. 2 an,

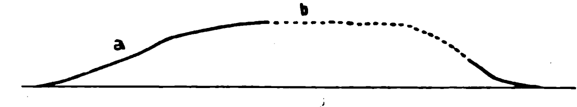


Fig. 2.
a) depressives Stadium, b) manisches Stadium.

oder die in Fig. 3,

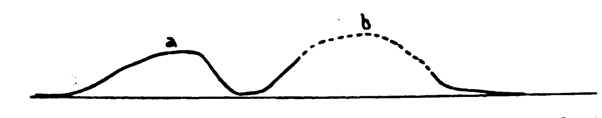


Fig. 3.
a) depressive Phase, b) manische Phase.

nicht aber diejenige in Fig. 4, wie man sie hier und da angegeben findet, als durchschneide die Linie bei ×, einen Zustand geistiger Gesundheit.

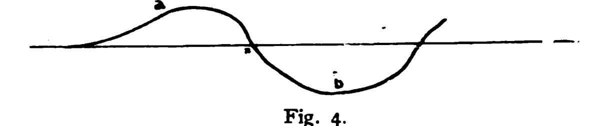


Fig. 4.
a) depressive Phase, b) manische Phase.



fassung der Manie thatsächlich der Fall ist, davon überzeugt man sich leicht. In den Lehrbüchern, Monographien und Einzelaufsätzen stösst man immer wieder auf die „gegensätzlichen Zustände", die „gegensätzliche Stimmung" der Melancholie und Manie, als wenn dies so wäre wie bei dem normalen psychologischen Stimmungswechsel. Etwas Aehnliches wie die Manie kommt allerdings, obgleich selten, im normalen Seelenleben vor, nämlich wenn eine schwere, von aussen bedingte Depression plötzlich und vorübergehend durch einen heiteren Affect unterbrochen wird (Contrastzustände, Galgenhumor), aber ein solcher Affect wird ebenfalls nicht für normal gehalten.

Den Mechanismus des manischen Symptomencomplexes versteht man leicht, wenn man sich nicht der naheliegenden Annahme verschliesst, dass die Zellen mit kurzem Axencylinder unter einander die gleiche, aber eine ganz andere Erregbarkeitsschwelle haben müssen, als die Zellen mit langem Axencylinder. (Sehr eingehende Beschreibungen der Rindennervenzellen mit kurzem Axencylinder und ihrer Verbindungen findet man bei Ramón y Cajal an den verschiedensten Stellen des angeführten Werkes.)

Nur bei Zugrundelegung obiger Erklärung des manischen Symptomencomplexes können wir das häufige, plötzliche, unvermittelte und vorübergehende Auftreten des letzteren innerhalb von Depressionszuständen begreifen. Solange wir aber beide Zustände, den melancholischen und manischen, als „Gegensätze" ansehen, drängt sich uns immer die irreleitende Vorstellung auf, als drehe sich beim Einsetzen des manischen Symptomencomplexes plötzlich die ganze Maschinerie des kranken Gehirns um.

Auch die Mischzustände der melancholisch-manischen Geistesstörung, sowohl die der Uebergangsstadien als die selbständigen, besonders der interessante „manische Stupor"*) erklärt sich auf diese Weise leichter als mittels der unnatürlichen, dem gegenwärtigen Stande der naturwissenschaftlichen Psychologie nicht entsprechenden Trennung des Seelenlebens in Denken, Wollen und Fühlen.

*) Soweit mir ältere psychiatrische Literatur zur Verfügung steht, sehe ich, dass H. Schüle bereits von der Verbindung manischer Symptome mit solchen des Stupors spricht. Siehe seine „Klinische Psychiatrie", Leipzig 1886, pag. 309.

Ferner reducirt sich durch diese Auffassung der manischen Phase die melancholisch-manische Geistesstörung zu einer einfachen periodischen depressiven Psychose mit zeitweisem Auftreten jenes Ausfallsbildes des manischen Symptomencomplexes. Das wechselnde Erscheinen eines melancholischen und eines manischen Anfalls bedeutet dann weiter nichts, als dass diese Anfälle, an sich depressiven Wesens, einer um den anderen oder unregelmässig das manische Symptomenbild bieten.

Und die „Manie", das altehrwürdige Krankheitsbild, verschwindet nun ganz vom Schauplatze. Sie ist nichts weiter als eine Form der depressiven Geistesstörung, bei welcher jenes Ausfallssymptom, ein secundärer Vorgang, sehr schnell im Vordergrund erscheint und so andauernd darin verbleibt, dass es bisher für das Wesentliche der Krankheit gehalten, hingegen die so ungemein wichtige initiale Depression*), der oft genug aus dem manischen Symptomencomplex hervorbrechende depressive Grundton der Stimmung und das Abklingen in letzteren ganz vernachlässigt wurde.

Diejenigen Formen der depressiven Geistesstörungen, welche den manischen Symptomencomplex — sei es regelmässig oder unregelmässig — bieten, als besondere Krankheit mit dem Namen „Manie" abzutrennen, hat ebensowenig Berechtigung, wie wenn man Paralysen mit manischen Symptomen als paralytische Manien oder als manisch-paralytisches Irresein gesondert hinstellen wollte.

*) In meiner Schrift: Wie beginnen Geisteskrankheiten? (Halle a. S., C. Marhold 1905) habe ich das Gesetz aufgestellt: „Keine Geisteskrankheit beginnt mit krankhaft heiterer Stimmung".

Mittheilungen.

— **Aus Russland.** In St. Petersburg starb unlängst im Alter von 67 Jahren einer der berühmtesten russischen Psychiater, Dr. A. Tscheremschanski, mehrjähriger Director einer der grössten psychiatrischen Anstalten — „Krankenhaus Allertrauernden" — und Uebersetzer beider Lehrbücher von Krafft-Ebing, deren erstes, „Lehrbuch der Psychiatrie" schon in der 3. Auflage erschien.

Während des letzten revolutionären Aufstandes in Moskau wurde von einem Polizeimeister getödtet Priv.-Doc. Dr. W. Worobjew, Psychiater und Anthropologe. Von seinen vielen anthropologischen Arbeiten ist in Deutschland seine Dissertation — „Das äussere Ohr des Menschen" — mehr bekannt durch die sehr lobenswerthe Recension des Prof. C. Stieda im „Archiv für Anthropologie Bd. XXVIII".



Referate.

— Die Heilung der Lungenschwindsucht durch Beförderung der Kohlensäurebildung im Körper. Von Dr. med. Hugo Weber, Sanitätsrath, St. Johann-Saarbrücken. Verlag von Carl Marhold, Halle a. S. 55 S. 1 M.

Verf. empfiehlt eine eigene Methode der Lungentuberkulosebehandlung durch möglichste Beförderung der Kohlensäurebildung im ganzen Körper. Als Mittel hierzu wendet er Darreichung von Laevulose (50—100 g pro die) und subcutane Injectionen von chemisch reinem Paraffinum liquidum („Antiphtisicum") an. Verf. glaubt hiermit alle nicht zu weit vorgeschrittenen Fälle von Lungenschwindsucht sicher heilen zu können und theilt 52 Krankheitsgeschichten kurz mit. — Ich habe in Rücksicht auf die vielfachen spontanen Stillstände und Rückbildungen der Lungentuberkulose diesen Eindruck aus den mitgetheilten Fällen nicht unbedingt gewinnen können. Vermisst habe ich in der Arbeit jeden Hinweis auf die möglichen Gefahren von Embolien bei derartigen oft wiederholten und relativ massigen Paraffininjectionen.

Albrecht-Treptow a. Rega.

— Fry, A cerebellar tumor, operation, recovery. Journ. of Nerv. and Ment. Disease. Vol. XXXI. 1904. S. 157.

Bei einem 39jährigen Mann entwickelte sich allmählich Unsicherheit des Ganges mit Neigung, nach links zu gehen, ferner Schwindel, Taubheit des rechten Ohres, rechtseitige Lähmung des Facialis, Parese des rechten Armes und Beines, Steigerung der Reflexe, Nystagmus und Stauungspapille beiderseits. Bei der fast 3 Jahre nach dem Auftreten der ersten Symptome vorgenommenen Operation fand sich im Kleinhirn ein sperlingseigrosser Conglomerattuberkel. Die Heilung verlief glatt. 2 Monate nach der Operation war die Beweglichkeit der Glieder wesentlich besser. Es bestand Abschwächung der Sensibilität auf der rechten Seite des Gesichtes. Druck auf die operirte Stelle rief Schmerz in der rechten Schläfengegend, Röthung und Thränen des rechten Auges, allgemeinen Kopfschmerz, Schwindel und Benommenheit hervor.

Schütte, Osnabrück.

— Jesus Christus vom Standpunkte des Psychiaters. Eine kritische Studie für Fachleute und gebildete Laien von Dr. de Loosten. Bamberg, Verlag der Handelsdruckerei. 104 Seiten. Pr. 2 M.

Nachdem Moebius die unverkennbar pathologischen Züge hervorragender Geister wie Rousseau, Goethe etc. einer kritischen Besprechung unterzogen hat und Loewenfeld in ähnlicher Weise bei hervorragenden bildenden Künstlern Anomalien auf psychischem und nervösem Gebiete constatirt hat, wagt sich Verf. an eine viel höhere Aufgabe heran. Er wirft die Frage auf, ob auch bei Jesus Christus die Möglichkeit einer Combination von Genie und geistiger Abnormität vorliege und beantwortet sie auf Grund seiner Untersuchungen in bejahendem Sinn.

Vom vorurtheilslosen Standpunkt des modernen Seelenarztes kritisirt er im Anschluss an den Wortlaut der überlieferten Schriften das Auftreten Christi bis zur Kreuzigung, indem er in 4 Abschnitten seine anthropologische und sociale Abstammung, das umgebende Milieu, seine Worte und Handlungen und schliesslich seine Wirkung auf andere sowie die Beurtheilung seines Körper- und Geisteszustandes durch andere einer eingehenden Besprechung unterzieht. Man muss dem Verf. das Zugeständniss machen, dass er seine Aufgabe in ernster und objectiver Weise gelöst hat, dass ihm dabei eine grosse Belesenheit in theologischen und nichttheologischen Schriften zur Seite stand und dass die von ihm gezogenen Schlussfolgerungen zulässig erscheinen. Er nimmt an, dass Jesus wahrscheinlich ein geborener Entarteter war, der bereits in früher Jugend auffiel durch ein übermässig stark ausgeprägtes Selbstbewusstsein, verbunden mit einer hohen Intelligenz. Das physiologisch geniale Element wurde allmählich immer mehr von dem pathologischen überwuchert; das letztere äusserte sich in einem fixirten Wahnsystem, dessen Einzelheiten durch die intensive religiöse Richtung der Zeit und seine einseitige Beschäftigung mit den Schriften des alten Testaments bestimmt waren. Begleitet war diese psychische Affection von zahlreichen Hallucinationen, welche sich auf mehreren Sinnesgebieten bewegten. Sein endlicher Untergang wurde durch den unvermeidlichen Zusammenstoss zwischen Wahn und Wirklichkeit herbeigeführt.

Der Werth der christlichen Lehre wird durch die Schlussfolgerungen des Verf. nicht im geringsten angetastet. Für denkende, vorurtheilsfreie Leser — und nur für solche ist die Brochure geschrieben — ist es ja unerheblich, ob das Bild des Begründers der christlichen Weltanschauung durch eine derartige Kritik in manchen Zügen hart und allzu scharf erscheint, gelangt doch, wie Verf. richtig bemerkt, das zeitüberwindende dauernde moralische Neue, das Jesus schuf, trotz alledem zu Ehren. Ein Vergleich mit der Geschichte des Islam lehrt übrigens, dass auch sonst eine psychopathische Natur, wenn sie im übrigen gross und gewaltig angelegt ist, formgebend auf die kommenden Jahrhunderte einwirken und Millionen in ihren Bann ziehen kann.

Arnemann-Grossschweidnitz.

— Starr, Is epilepsy a functional disease? Journ. of Nerv. a. Ment. Disease. Vol. XXXI 1904. S. 145.

Verf. verfügt über ein genau beobachtetes Material von 2000 Fällen. Seine Untersuchungen haben ihn zu dem Resultat geführt, dass zwischen Jackson'scher und genuiner Epilepsie keine scharfe Grenze besteht, vielmehr zahlreiche Uebergänge vorkommen. Bei 68% der Kranken war die Epilepsie schon vor dem 20. Lebensjahre aufgetreten. In dieser Thatsache sieht Verf. einen Beweis dafür, dass die Epilepsie hier nur das Symptom einer organischen Erkrankung des Gehirns ist, ebenso wie sie häufig bei den schwereren Entwicklungsstörungen und früh auftretenden Hirnerkrankungen gefunden wird. Auch die sonstigen Ursachen der Epilepsie sprechen gegen eine funktionelle Erkrankung. Eine Reihe von Tabellen ergänzt diese Ausführungen.

Schütte (Osnabrück).



— Konstruktion und Handhabung elektromedizinischer Apparate von J. Zacharias und M. Müsch, Ingenieure. Mit 209 Abbildungen. Leipzig 1905. Verlag von J. A. Barth. 307 S. Pr. 9 Mk. geb.

In diesem vornehm ausgestatteten Buche findet der Arzt alles, was er in elektrotechnischer Beziehung bei der Anschaffung und der Anwendung elektromedizinischer Apparate wissen muss. In ausserordentlich klarer und präciser Schreibweise wird die Konstruktion und die Handhabung aller in Frage kommender Apparate geschildert und das Verständniss durch zahlreiche sehr gute Abbildungen erleichtert. Vielen wird derjenige Abschnitt, welcher die Wartung der Apparate und die Vornahme von Reparaturen behandelt, besonders werthvoll sein.

Arnemann-Grossschweidnitz.

— Die sexuelle Frage; eine naturwissenschaftliche, psychologische, hygienische und sociologische Studie für Gebildete von Aug. Forel, Dr. med., phil. et jur., ehemaliger Prof. der Psychiatrie und Director der Irrenanstalt in Zürich. VIII und 389 S. Gross 8⁰. Mit 23 Abbild. auf 6 Tafeln. Preis brosch. Mk. 8. Gebd. Mk. 9,50.

Es giebt Probleme zeitloser Art, es giebt Fragen deren Werth und Bedeutung, deren Stellung und Beantwortung zu allen Zeiten und in den verschiedenartigsten Verhältnissen Beachtung und Interesse erweckt. — Das zeigt auch F. mit seinem neuesten Werk, dessen buchhändlerischer Erfolg bereits bekannt sein dürfte. Allein den tiefen Wahrheitsgehalt eines Buches hieraus erkennen zu wollen, überlassen wir gern denjenigen, die gewohnt sind, den Weg absoluter Verständnisslosigkeit zu beschreiten. Indessen bekennen auch wir freimüthig, dass wir bis zu einem gewissen Grade F. Dank schulden, weil er, der ein aussergewöhnlich fruchtbares Gelehrtenleben hinter sich hat, sich an eine heikle und grosse Aufgabe gemacht hat und ihr infolge seiner Geistestiefe, seines Lebensernstes und seiner Redegewalt gewachsen war. Deshalb soll das Bild, das hier entrollt wird, in seiner Vollendung der gebildeten Welt ein Spiegelbild sein, in welchem sie ihre eigenen Schwächen und Gebrechen erkennen kann. Eine wirkliche Besprechung verbietet uns der zur Verfügung stehende Raum; nur soviel sei gesagt, das Buch enthält eine ganze Offenbarung in meist ruhiger, gewandter und deshalb interessanter Weise; auf fast allen Gebieten begegnet man einer erdrückenden Fülle von neuen Erkenntnissen und neuen Problemen. Wir glauben, dass wir auf dem von F. beschrittenen Wege leidenschaftloser und liebevoller Erörterung weiter kommen werden; nur hat uns gewundert, dass Verf. ein gut Theil dessen, was sich ihm bietet, in seiner gefestigten Richtung des Denkens und Handelns gleichwohl für bare Münze nimmt ohne sachliche Kritik und Vorbehalt. Über solche und andere mannigfache Mängel wollen wir mit F. nicht rechten, zumal er selbst in der Vorrede von solchen spricht. Möge seine bessernde Hand in der nächsten Auflage damit aufräumen und vor allem bitten wir gleichzeitig um ausgiebige Literaturnachweise und Angaben. Wenn wir auch dann noch manche Ansicht nicht billigen können, so wollen wir wenigstens F. die Kraft und die Ehrenhaftigkeit, mit der er seine Anschauungen verficht, nicht absprechen; das sei uns fern. Auch die strengste Wissenschaft wird reiche Anregung schöpfen aus den Worten eines ebenso geistreichen wie originellen und scharf analytischen Kopfes, der das sexuelle Problem mit Erfolg in die Mitte seiner Lebensarbeit gesetzt hat.

Meyer, Münster.

— Kitzinger: Die internationale criminalistische Vereinigung. München, C. H. Beck. 1905. 164 S.

Frei von der Tendenz einer Verdrängung der klassisch-juristischen Schule verkörpert die J. C. V., die unter Beiziehung anthropologischer und sociologischer Argumente die Erforschung des Verbrechens, seiner Ursachen und seiner Bekämpfungsmittel anstrebt, doch die Opposition zur alten Richtung. Um so eindrucksvoller ist ein historisch-kritischer Ueberblick über die bisherige Wirksamkeit der J. C. V. aus der Feder K.'s, eines Vertreters der klassischen Schule.

Die grossen Verdienste der J. C. V. (so die Vervollkommnung in der Methode der Rückfallstatistik, die Bekämpfung des Bettels und des Landstreicherthums, des Mädchenhandels etc.) und die in der Natur dieser Organisation liegenden Vortheile für den Ausbau der Strafrechtspflege (Erschliessung fremden Rechtes, Kenntniss fremder Institutionen) werden erläutert und gebührend anerkannt. Beanstandet werden u. A. die Vernachlässigung der Criminalätiologie und der Frage der Schutzfürsorge für entlassene Sträflinge. Mit dem Hinweis auf die hohe Zahl jugendlich Krimineller in Industriebezirken giebt K. werthvolle Directiven für künftige Untersuchungen. Die Eröffnung der wenig erfreulichen Thatsache, dass Deutschland in der Behandlung Jugendlicher hinter andern Kulturstaaten zurückgeblieben ist, wird aneifernd auf die Thätigkeit der deutschen Landesgruppe wirken.

In der von der J. C. V. mit besonderer Ausgiebigkeit behandelten Frage der bedingten Verurtheilung bekennt sich Verf. als ein nur gemässigter Anhänger dieser Einrichtung.

Im Nachtrage ziehen Erörterungen der deutschen Landesgruppe über die Frage der geminderten Zurechnungsfähigkeit die Aufmerksamkeit an.

Mögen Winke, die K. in einer Schlussbetrachtung giebt (z. B. kritische Sichtung der Referenten, Austausch litterarischer Hülfsmittel) in das künftige Arbeitsprogramm der J. C. V. aufgenommen werden zur Förderung ihres humanen Strebens, die Gesellschaft vor dem Verbrecher zu schützen, den Einzelnen aber von der Verbrecherlaufbahn abzuhalten oder zurückzuführen.

Alles in allem — ein gehaltvolles Buch, das, obgleich in erster Linie wohl für den Juristen geschrieben, seinem Inhalt nach auch in jeder Anstaltsbibliothek seinen Platz beanspruchen darf. Horstmann.

— P. Kronthal: Metaphysik in der Psychiatrie. Jena 1905. Gustav Fischer. 92 S.

Kr. bekämpft die Verquickung metaphysischer Begriffe mit naturwissenschaftlichen Vorstellungen, wie sie in der Psychiatrie üblich ist. Er erblickt in der



Seele nur die Summe von Reflexen: Handlungen sind Reflexe, hervorgerufen durch Reizung von Nervenbahnen. Die jedem Menschen eigene Art der Reaction bestimmt den Charakter. Gedächtniss ist ihm die durch einen Reflex gesetzte Veränderung einer Reiz leitend verbundenen Zellgemeinschaft, welche eine frühere Veränderung dieser Zellgemeinschaft in gleicher Art fortsetzt. Wille ist das als Reiz wirkende Gedächtniss. Jede menschliche Handlung ist Consequenz des Reizes, des Charakters und des Gedächtnisses; Freiheit des Willens unmöglich. Geisteskrankheit ist falsche Reaction des Individuums. Die Psychiatrie müsse ausschliesslich Naturwissenschaft sein. Ihre Aufgaben seien durch Speculiren nicht zu lösen. Daher seien alle Begriffe, die durch Beobachtung nicht erfahrbar sind, aus der Psychiatrie zu verbannen, so rein metaphysische Begriffe wie: „Gemüth", „Tiefe der Empfindung", „Leidenschaft", „Einbildungskraft", „Wahnbildung". Die gebräuchlichen Lehrbücher der Psychiatrie so die von Kraepelin, Ziehen, Binswanger werden nach dieser Richtung hin einer abfälligen Kritik unterzogen.

Der Leser wird den anregenden Ausführungen des philosophisch ungemein belesenen Verfassers mit Interesse folgen. Der Versuch eines naturwissenschaftlich denkenden Arztes von der Physiologie und Pathologie aus Einsicht in das Wesen der gesunden und kranken Psyche zu gewinnen und die Frage des Zusammenhanges von Körper und Seele zu einem physiologischen, statt zu einem metaphysischen Problem zu gestalten, ist an sich verständlich und verdienstvoll. Man wird K. in manchen Punkten beitreten. Seine Angriffe gegen unkritische Verwechslung und Vermengung von physischer und psychischer Kausalität erscheinen gerechtfertigt. Die vielfach vorhandene Unklarheit in der psychiatrischen Terminologie ist ja auch nicht zu leugnen. K., der seinen Gegensatz zum landläufigen Materialismus hervorhebt, gelangt aber zu einem extremen Standpunkt, auf welchen ihm wohl nicht viele Irrenärzte folgen werden. Es ist doch fraglich, ob wir in der Psychiatrie nur eine exacte Naturwissenschaft und weiter nichts erblicken dürfen. Der Psychiater hat sich praktisch mit Menschenkunde zu beschäftigen. Um sich in dieser Kunst über den Laien mit nur allgemeiner Menschenkenntniss zu stellen bedarf er der eigenen und der von anderen gesammelten Erfahrung am Krankenbett und bedarf er natürlich auch der nöthigen anatomischen und physiologischen Kenntnisse. Lediglich aber aus seinen anatomischen und physiologischen Kenntnissen heraus — und wären es die besten — wird er nie seine Kranken verstehen und ihr künftiges Handeln im Voraus berechnen können. Dazu ist er stets auf den von K. verpönten doppelten Analogieschluss angewiesen, d. h. auf die eigene Angabe des Untersuchten über den veränderten Innenzustand und auf den äusseren körperlichen Eindruck, den der Untersuchte auf ihn macht — unbekümmert darum, ob sich der Innenzustand definiren lässt oder nicht.

Die Definitionen K.'s werden ebensowenig jeden befriedigen wie alle seine Beanstandungen der Definitionen anderer.

Zur Erklärung von Seelenzuständen wird ein Lehrer der Psychiatrie, wenn er verstanden sein will, die nur mit umständlicher Ausdrucksweise festzulegenden physiologischen Vorgänge mit den entsprechenden, gut eingebürgerten psychologischen Namen mit Nutzen belegen dürfen, unbeschadet ihres metaphysischen Klanges.

Trotz all der Einwände bleibt K.'s Schrift eine anregende Lectüre. Subjective Auslassungen auf solchem Gebiete werden ja immer den Widerspruch herausfordern. Horstmann.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 44. 27. Januar. 1906.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Videant consules!

Von *Konrad Alt.*

(Fortsetzung.)

Der Frage, wie der unverkennbaren und erschreckend zunehmenden Unzulänglichkeit des psychiatrischen Nachwuchses wirksam abzuhelfen und vorzubeugen sei, ist schon zu einer Zeit, als sie weit weniger brennend war wie heute, aus irrenärztlichen Kreisen die gebührende Beachtung geschenkt und dankenswerter Weise sogar von Hoppe-Allenberg (jetzt Königsberg) eine im Verlag unserer Wochenschrift erschienene Monographie gewidmet worden. Ich selber habe bei Zeiten in Wort und Schrift mehrfach mit aller zu Gebote stehenden Bestimmtheit und Herzenswärme darauf hingewiesen, dass die irrenärztliche Laufbahn ganz und gar unsicher und kümmerlich sei, dass die deutsche Psychiatrie ernsthaft Gefahr laufe, ein gut Theil der gewaltigen praktischen Fortschritte des neunzehnten Jahrhunderts wieder einzubüssen wegen Verkümmerung des ärztlichen Nachwuchses. Vor mir liegt die No. 4 des Jahrgangs 1900 dieser Wochenschrift mit je einem diese Frage behandelnden Aufsatz von mir und von Hoppe.

„Wir leben in einem Zeitalter, das sich rühmen darf, dass socialen Fragen durchweg grosses Interesse und Verständniss entgegengebracht wird. Immer mehr und mehr kommt der Grundsatz zur Geltung, dass die Besoldung und Rangstellung eines Menschen im Verhältniss stehen muss zu dem Grade der von ihm beanspruchten körperlichen und seelischen Beanlagung, Arbeitsleistung und Abnutzung. Ueberträgt man diesen kaum anzufechtenden nationalökonomischen Grundsatz auf den Stand der Irrenärzte und vergleicht mit den entsprechend zu stellenden Forderungen die thatsächlichen Verhältnisse, so wird jeder Kundige zugestehen, dass hier Missstände gröbster Art vorliegen, die sich über kurz oder lang bitter rächen müssen — und zwar an den Geisteskranken. Denn was nützen die schönsten Anstalten, die humanitärsten Einrichtungen, wenn diejenigen minderwerthig werden, welche allein eine unserer fortgeschrittenen Zeit und Wissenschaft würdige Pflege und Behandlung der Kranken gewährleisten, was helfen alle ideal ersonnenen Reformen zum Heil der Kranken, wenn der irrenärztliche Nachwuchs verkümmert! Das kann, Angesichts der Aussichtslosigkeit und Unsicherheit des irrenärztlichen Berufes, nicht ausbleiben.

Schon machen sich die Folgen in unliebsamster Weise bemerkbar.

Nimmt man eine beliebige Nummer einer ärztlichen Zeitschrift zur Hand, so fallen sofort die zahlreichen Vacanzen von Irrenarztstellen auf. Wer regelmässig diese Annoncen durchmustert, wird bald die Wahrnehmung machen, dass viele der Stellen Monate — selbst jahrelang — ausgeschrieben sind; manche werden nicht etwa wegen Wiederbesetzung, sondern blos deshalb nicht länger inseriert, weil man sich von der Aussichtslosigkeit weiterer Ausschreibung überzeugt hat. Läuft gleichwohl eine Meldung ein, so muss trotz mancher Bedenken zugegriffen werden, ja es herrscht Freude darüber, dass endlich „ein Volontärarzt eingefangen" ist.

Diese vor 6 Jahren von mir geschriebenen Worte kann ich heute nur wiederholen mit dem Hinzufügen, dass die Noth seitdem noch viel grösser geworden ist, dass in fast allen preussischen Provinzen und deutschen Staaten die allermeisten öffentlichen Anstalten fortgesetzt ein und mehrere ärztliche Vacanzen aufweisen. Es ist gewiss seit dem Jahre 1900 Manches zur Aufbesserung der Irrenärzte geschehen und namentlich allerwärts — mit Ausnahme der Reichslande, wo auch jetzt noch die Directoren und Oberärzte auf Kündigung angestellt sind — etwa die Hälfte der Aerzte



mit geregelterGehaltserhöhung, Ruhegehaltsberechtigung und auf Lebenszeit angestellt. Aber man hat sich vielerorten gegenüber den von jeher wegen ihrer persönlichen Genügsamkeit bekannten Irrenärzten mit halber Reform begnügt. Wenngleich allgemein anerkannt wurde, dass die Oberarztstellen als Endstellen zu betrachten und auszugestalten seien, wurde deren Endgehalt wesentlich geringer normiert als das anderer, jedenfalls in Bezug auf Vorbildung, Verantwortlichkeit und Arbeitsleistung nicht höher zu bewerthender Beamtenklassen, z. B. der Amtsrichter, der Landesbauinspectoren etc. Auch die in dieser Wochenschrift Jahrgang 1901 No. 28 Seite 285 (in dem —l— Artikel) von mir gestellte und begründete Forderung, dass allen Irrenärzten — nach einer angemessenen, vielleicht 2—3 jährigen provisorischen Thätigkeit — Beamteneigenschaft pp. verliehen und auf die Weiterbildung der Irrenärzte durch regelmässige Theilnahme an Fortbildungskursen, zeitweilige Abkommandirung an Krankeninstitute anderer Disciplinen etc. Bedacht genommen werden müsse, ist bislang nur erst an wenigen Stellen und unvollkommen erfüllt worden. Während jetzt in Pommern jeder als brauchbar befundene College 4 Jahre nach Eintritt in den Anstaltsdienst ohne weiteres Titel und Bezüge eines Oberarztes erhält, haben es tüchtige Collegen in anderen Provinzen und Staaten vielfach nach 10 und mehrjähriger psychiatrischer Berufsthätigkeit Mangels etatsmässiger Stellen noch nicht zu einer Oberarztstelle bringen können. Gewiss kein ermuthigendes Beispiel für neueintretende oder den Eintritt in die Psychiatrie erwägende Collegen! Dank der erwähnten Maassregel scheint Pommern, soweit aus den fehlenden Ausschreibungen und aus gelegentlichen Mittheilungen eine Information möglich ist, zur Zeit keinen Aerztemangel in den Anstalten zu haben. Auch die Provinz Westfalen verspricht neuerdings neueintretenden Collegen bei guter Bewährung im 4. Jahre die feste, pensionsberechtigte Anstellung.

Die am 19. Januar 1905 durch den Berichterstatter, Professor Löbker-Bochum, dem westfälischen Provinzial-Landtag erläuterte Vorlage geht von der Thatsache aus, dass es mit grossen Schwierigkeiten verbunden sei, die Assistenzarztstellen in der irrenärztlichen Laufbahn zu besetzen. Dabei seien die Assistenzärzte nicht schlecht besoldet und bezögen bei freier Verpflegung I. Klasse ein Anfangsgehalt von 1500 Mark. Die hauptsächlichsten Gründe der befremdlichen Thatsache seien folgende:

1. Die Eigenart der irrenärztlichen Thätigkeit, die einerseits mancherlei Schwierigkeiten und Unannehmlichkeiten, oft genug auch Gefahren, andererseits aber nur wenig freudige Eindrücke mit sich bringt. Es wird immer nur eine beschränkte Zahl von Aerzten sein, die sich hier ihre Lebensaufgabe suchen;

2. das Misstrauen und die Abneigung, welche heute in weiten Kreisen gegen Irrenanstalten und Irrenärzte bestehen, im grellen Widerspruche zu dem humanen Geist, der unsere moderne Irrenfürsorge beherrscht;

3. die weltabgeschiedene Lage der meisten Anstalten; sie hält oft gerade die regsameren jungen Aerzte fern, die für ihre wissenschaftlichen und sonstigen geistigen Interessen in der grösseren Stadt viel bessere Anregungen finden, als in einer abgelegenen Anstalt;

4. die stetig zunehmende Zahl der Assistentenstellen an städtischen Krankenhäusern und Universitätsanstalten, welche dem jungen Arzte viel günstigere Gelegenheit zur weiteren Ausbildung für die Praxis bieten, als die Irrenanstalt. Eine mehrjährige Thätigkeit an der Provinzialanstalt hat nur für solche junge Aerzte wirklichen Werth, die die Psychiatrie als Lebensberuf ergreifen wollen, sei es, dass sie über genügendes Kapital zum späteren Ankauf einer Privatanstalt verfügen, oder dass sie auf Avancement weiterdienen;

5. gerade in Bezug auf das Avancement sind aber für die Aerzte, die in den Dienst von Provinzialanstalten treten, die Aussichten völlig unsicher, für viele geradezu trostlos. Auch für den tüchtigen Arzt bleibt es völlig dem Zufall überlassen, ob er nach 2 oder nach 5 oder nach 8 Jahren oder überhaupt jemals im Anstaltsdienste eine Stelle erreicht, die ihm die Gründung und Versorgung einer Familie gestattet. Diese Unsicherheit der Zukunft hält vielfach gerade die besseren Elemente vom Anstaltsdienste fern, oder veranlasst sie nach mehr oder weniger kurzer Zeit ihn wieder zu verlassen.

Hierin Wandel zu schaffen bezweckt die gegenwärtige Vorlage: Den in den Dienst der Provinzialheilanstalten und der Provinzialpflegeanstalt eintretenden Assistenzärzten soll dadurch nicht nur die Möglichkeit, sondern die Gewähr geboten werden, dass sie nach einer bestimmten Zeit eine feste, pensionsberechtigte Stellung mit einem zur Gründung einer Familie ausreichenden Einkommen erlangen, wenn sie sich bis dahin als für den Anstaltsdienst durchaus geeignet erwiesen haben.

Man wird dem Berichterstatter gewiss gern und dankend bestätigen, dass seine Begründung der Vorlage, welche debattelos angenommen wurde, durchaus treffend und wohlmeinend ist. Gleichwohl dürfte der praktische Erfolg kein nachhaltiger sein, da auch diese Vorlage krankt an dem von mir und



anderen Kennern der Verhältnisse mehrfach gegeisselten Grundfehler, dass die nachherige Besoldung in keinem Verhältnisse steht zu den reichlich bemessenen Assistenzarztgehältern. Das Assistenzarztgehalt beträgt für Westfalen im ersten Jahre 1500, im zweiten 1750, im dritten 2000 Mark nebst vollkommen freier Verpflegung 1. Klasse. Wenn in diesen 3 Jahren der Assistenzarzt sich gut für den irrenärztlichen Beruf bewährt hat, soll er eine feste, pensionsberechtigte Stellung „mit einem zur Gründung einer Familie ausreichenden Einkommen“ erlangen. Und dies Gehalt beträgt neben Familienwohnung und Garten, aber ohne Beleuchtung, Beheizung und ohne Beköstigung sage und schreibe Dreitausend Mark, steigend in 15 Jahren bis 4500 Mark. Niemand wird bezweifeln, dass der Assistenzarzt mit 2000 Mark und voller freier Station sich besser steht als der mit einem nach Professor Löbkers Ansicht zur Gründung einer Familie ausreichenden Einkommen versehene „Abtheilungsarzt“, der nach 15 Jahren ein Maximalgehalt von 4500 Mark erlangen kann. Bei einem solchen Einkommen kann nur der eine Familie ernähren, der entweder aus eigenem Vermögen bedeutenden Zuschuss hat oder aber — was nach Hansjacob's richtiger Beobachtung den Anstaltsärzten allerdings kaum möglich ist — eine reiche Gattin heimführt. Ausreichend ist solches Einkommen nicht. Durch die unverhältnissmässig hohen Assistenzarztgehälter werden vielfach nachdenkende junge Collegen von vornherein stutzig gemacht und nur solche Leute angezogen und festgehalten, die wegen körperlicher oder geistiger Wurmstichigkeit den Kampf ums Dasein scheuen, die froh sind, einen Unterschlupf zu haben, ohne an ihre weitere Zukunft denken zu brauchen. Die von dem westfälischen Provinziallandtag beschlossene und von Professor Löbker so warmherzig begründete Reform zur Hebung des irrenärztlichen Standes wird sich wohl in wenigen Jahren schon als halbe Arbeit herausstellen und eine baldige Erhöhung der Einkünfte der festen Stellen um wenigstens 33 Procent erheischen.

Der Beruf des Irrenarztes, welcher täglich viele Stunden mit aufgeregten, reizbaren und vielfach gewaltthätigen Kranken verkehren und Zeuge der schwersten seelischen Qualen und Aengste sein muss, welcher ständig die düstersten Bilder menschlichen Elends vor Augen hat und das Gefühl schwerer Verantwortlichkeit in den Schlaf hinein mitnimmt, zehrt wie kaum ein anderer auch bei einer Anzahl vorher ganz gesunder und widerstandsfähiger Männer den besten Theil ihrer Nervenkräfte auf. Manch' einer, der voller Begeisterung und Hingebung der Psychiatrie zugeeilt ist und nicht ohne Grund in ihr der ärztlichen Wissenschaft und werkfreudigen Barmherzigkeit Krönung erblickt hat, muss nach einigen Jahren oder etwas später mit Betrübniss wahrnehmen, wie seine Kräfte nachlassen und die Nerven streiken. Des Dienstes ewig gleich gestellte Uhr hält ihn zwar noch im Gange, aber sein Wirken gereicht ihm selber nicht mehr zur Freude, den Kranken und der Anstalt wenig zum Nutzen. Das einzige, was ihn in dem Dienst der Kranksinnigen hält, ist der Mangel an Mut und Mitteln, etwas anderes zu ergreifen. Die Bereicherung seines Wissens, die er in der Anstalt erfahren hat, nützt ihm — worauf Professor Löbker sehr richtig hinwies — für eine allgemeine Praxis nichts, die dort verbrachte Zeit dient ihm nicht als Empfehlung in den Augen des Publikums, und er hat vieles verlernt und vergessen, was der praktische Arzt wissen und können muss. Das Alles wird ihm, wenn er sich mit Austrittsgedanken trägt, klar, und so bleibt er weiter im Anstaltsdienst, sich selber und Anderen zur Last.

Auch der Fall ist nicht ganz selten, dass ein an sich für die psychiatrische Laufbahn trefflich geeigneter und gewillter Arzt, der sich verlobt oder verheirathet, eine Dame wählt, die, obschon sonst ausgezeichnet zu ihm passend, nach Persönlichkeit, Lebensgewohnheiten und Neigungen dem eintönigen, weltentrückten Anstaltsleben keinen Geschmack abgewinnen und sich in die eigenartigen Verhältnisse der Stellung ihres Mannes gar nicht eingewöhnen kann. Auch für solchen Mann ist das Ausscheiden aus dem Anstaltsdienst das einzig richtige, scheitert aber ebenfalls nicht selten daran, weil die Mittel zur Ergreifung eines anderen Berufes fehlen.

Es erscheint mir dringend geboten, den Aerzten, welche aus einem der genannten oder aus anderen, durch die Eigenart des Faches bedingten Gründen nach längerer, treuer Dienstleistung den Anstaltsdienst aufzugeben genöthigt sind, den Eintritt in eine andere ärztliche Thätigkeit zu erleichtern. Das kann dadurch geschehen, dass ihnen von der Provinz, dem Staat etc. in den zugehörigen Instituten, beispielsweise den Provinzialentbindungsanstalten Gelegenheit geboten wird, die verlernte Geburtshilfe und Gynäkologie etc. wieder zu erlernen und dass ihnen überdies eine einmalige angemessene Prämie — etwa nach 5jährigem Anstaltsdienst 5000 Mark, nach 10jährigem 10,000 Mark — ohne Nachweis einer Invalidität und gegen Verzichtleistung auf irgendwelche Pensionsansprüche

gewährt wird. Mit dieser Summe kann er sich auf der Hochschule oder sonstwo für die allgemeine Praxis wieder vorbereiten und sich einen neuen Beruf schaffen.

Ich weiss sehr wohl, dass dieser Vorschlag mancherorten als undurchführbar bezeichnet, auch bekritelt und belächelt wird, scheue mich aber durchaus nicht, ihn ernsthaft in Erwägung zu stellen. Der Einwand, es würden dadurch manche der jetzigen Irrenärzte zur Aufgabe des Anstaltsdienstes bewogen, ist an sich berechtigt; es schadet aber der Psychiatrie nichts, wenn ein gut Theil der „Zufallspsychiater" diesen Beruf wieder aufgeben, in welchem sie den besser geeigneten Collegen, die aus innerem Trieb und mit Befriedigung Psychiater sind, blos den Weg versperren. Werden die Gehälter für die Dauerstellungen entsprechend der Schwere des Berufes und des raschen Verschleisses richtig bemessen und die dienstlichen Verhältnisse günstiger gestaltet, dann werden sich genügend brauchbare Kräfte finden. Durch die Aussicht einer sicheren Anstellung mit anständiger Besoldung werden sich um so mehr tüchtige Leute und Assistenzärzte melden, als sie ja wissen, dass, falls der Beruf auf die Dauer ihnen nicht zusagend ist, sie durch die Prämie in den Stand gesetzt sind, einen anderen Beruf zu ergreifen.

Die Befürchtung, es werde durch die Prämie ein zu grosser Wechsel bedingt, ist hinfällig; häufigere Blutauffrischung in einem Drittel der Stellen ist sehr segensreich und erwünscht, jedenfalls weit besser als eine längere Stagnation. Sicher wird die Aussicht auf solche Prämie manche tüchtige junge Aerzte anziehen, von denen ein gut Theil dauernd der Psychiatrie Geschmack abgewinnt.

(Schluss folgt.)

Aus der städtischen Irrenanstalt Breslau. (Primärarzt Dr. Hahn.)

Eine Beschäftigung für überwachungsbedürftige Kranke.

Von Dr. *F. Chotzen.*

Während nicht überwachungsbedürftigen Kranken Feld, Garten und Werkstätten genügend passende Arbeit bieten, ist es schwierig Bettlägerige zu beschäftigen, und doch besteht, besonders in Anstalten mit grossen Wachabtheilungen, ein entschiedenes Bedürfniss danach. Vielen der Kranken, welche der besseren Ueberwachung wegen, zur Vermeidung von Erregungen und Conflicten oder aus sonstigen therapeutischen Gründen zu Bett gehalten werden, ist die Arbeit nützlich und eine Wohlthat, so den leicht depressiven und ängstlichen, die sich etwas ablenken können, und den leicht manisch oder motorisch Erregten, deren Beschäftigungsdrang man zugleich in geordnete Bahnen lenken kann. Die meisten verlangen, sobald sie einigermassen geordnet sind, Beschäftigung und man würde diesem Verlangen gern entgegenkommen, wenn man eine Beschäftigung hätte, die zugleich ganz ungefährlich, nicht anstrengend, leicht und ohne jeden Apparat im Bett ausführbar, und von so wohlfeilem Material wäre, dass eine gelegentliche Zerstörung nicht ins Gewicht fiele. Für Männer war eine solche garnicht zu beschaffen und zu den Handarbeiten der Frauen sind, abgesehen davon, dass viele aus dem Arbeiterstande sie gar nicht können, immer Nadeln nöthig, die eventl. einmal zu einer Beschädigung Anlass geben könnten. In Sälen, wo selbstbeschädigungssüchtige, gewaltthätige oder zu üblen Streichen aufgelegte Patienten lagen, musste man darum oft alle unbeschäftigt lassen.

Wir waren daher sehr erfreut, von einer hiesigen Fabrik auf unsere Anfrage eine Arbeit angeboten zu bekommen, welche alle die oben genannten Bedingungen erfüllt, das ist das Fertigstellen von kleinen Pappetiquettes, wie sie zur Preisnotierung an Galanterie-Waaren angehängt werden. Es werden die durchlochten Täfelchen und Fäden geliefert und die ganze Aufgabe besteht darin, den Faden durchzuziehen, zu knüpfen und dann je 100 abzuzählen und zusammen zu binden, also wie man sieht eine ganz einfache, saubere und unschädliche und in keiner Weise bedenkliche Arbeit, die man selbst in den unruhigsten Sälen arbeiten lassen kann. Auch ist der Schaden gering, wenn etwa einige der an sich ja werthlosen Etiquettes oder Fäden zerstört oder weggethan werden.

In den wenigen Wochen seitdem die Arbeit in unserer Anstalt eingeführt wurde, ist sie so beliebt geworden, dass weder Patienten noch Aerzte sie wieder missen möchten. Wir können nun alle Wünsche nach Beschäftigung befriedigen. Die Kranken machen diese Arbeit gern; selbst solche, welche früher zu keiner Art der Thätigkeit zu bekommen waren, oder unfähig zu einer einigermaassen complicirteren waren, arbeiten



jetzt ganz eifrig. Am erfreulichsten ist, dass selbst ängstliche und erregte Patienten dazu greifen. Thatsächlich können einige Kranke, die sonst dauernd lärmend und motorisch erregt sind, durch diese Beschäftigung beruhigt werden, so dass eine Pause in der Lieferung frischen Arbeitsmaterials immer an der verstärkten Unruhe bemerklich wird. Obwohl nun auch in den Sälen der unruhigsten Kranken gearbeitet wird, kommt sehr selten einmal etwas Material fort. Unsere Kranken fertigen jetzt etwa 8000—10 000 Stück täglich und da für 1000 Stück ein Arbeitslohn von 10 Pfg. gezahlt wird, so hat man eine, wenn auch bescheidene Möglichkeit die Kranken zu belohnen und ihnen die Arbeit wieder zugute kommen zu lassen. —

Einer allgemeinen Verbreitung, die wir nicht nur für die Kranken der Wachabtheilungen sondern für alle, welche zu sonstiger Arbeit unfähig sind, empfehlen können, steht allerdings vielleicht das Hinderniss entgegen, dass es nur wenige Fabriken solcher Etiquettes in Deutschland geben soll.

Mittheilungen.

— **Einweihung der psychiatrischen Klinik der Universität Greifswald.** Am 13. Januar 1906 wurde die seit October v. J. bezogene psychiatrische Klinik der Universität Greifswald durch einen Festact eingeweiht, worüber wir der „Greifswalder Zeitung" folgendes entnehmen: Der Director der Klinik, Herr Professor Dr. Schultze, hatte Einladungen ergehen lassen, denen man recht zahlreich gefolgt war. Anwesend waren: die Herren Regierungspräsident Scheller aus Stralsund, Landeshauptmann von Eisenharth-Rothe aus Stettin, Geh. Regierungsrath Dr. Gesterding, zugleich als Vertreter des Königlichen Universitäts-Kuratoriums und des Magistrats der Stadt Greifswald, der z. R. Professor Dr. Sartorius, Magnificenz, die drei Directoren der pommerschen Provincial-Irrenanstalten, Geh. Med.-Rath Dr. Siemens-Lauenburg, Sanitätsrath Dr. Knecht-Ueckermünde und Sanitätsrath Dr. Merklin-Treptow a. d. Rega, Medicinalrath und Kreisphysikus Dr. Schulze-Stettin, Kreisphysikus Professor Dr. Beumer, fast die sämmtlichen Mitglieder der medicinischen Facultät, Vertreter der theologischen, juristischen und philosophischen Facultät unserer Universität, Major Haushalter und Stabsarzt Prof. Dr. Uhlenhuth, Gymnasialdirector Dr. Wegener, Postdirector Kuhlo, Geh. Rath Bürgermeister a. D. Dr. Schultze, Vertreter des Königlichen Land- und Amtsgerichts, der Rechtsanwaltschaft, viele Aerzte u. a.

Herr Prof. Dr. Schultze gab in seiner Festrede einen Abriss der Entwickelung des psychiatrischen Unterrichts an unserer Universität. Als Sonderfach ist die Psychiatrie erst sehr spät vom Fach der inneren Medicin abgezweigt worden. Obwohl unsere Universität als die älteste Preussens in diesem Jahre die Feier ihres 450jährigen Bestehens begehen kann, wurde an ihr doch erst im Jahre 1794 eine medicinisch-klinische Unterrichtsanstalt eingerichtet. Den ersten psychiatrischen Unterricht schuf Prof. Berndt in den 30er Jahren des vorigen Jahrhunderts.

Im Jahre 1834 erreichte Berndt die Umwandlung des Landeslazareths in eine Irrenheilanstalt. Die neue Anstalt wurde von Berndt gut organisiert und auch für Studienzwecke fleissig benutzt. Sie war für zehn Kranke eingerichtet. Im Jahre 1856 legte König Friedrich Wilhelm IV. bei seiner Anwesenheit zur Feier des 400jährigen Bestehens der Universität den Grundstein zu dem noch jetzt benutzten Universitätskrankenhaus in der Langefuhrstrasse. Im Jahre 1859 wurde dann das alte Landeslazareth und das klinische Lazareth den Ständen übergeben zur Verbesserung und Erweiterung der Irrenheilanstalt, doch behielt trotz der räumlichen Trennung der beiden Anstalten der Direktor der medizinischen Klinik auch die Leitung der Irrenheilanstalt, bis Prof. Mosler (1876) die Direktion der Irrenheilanstalt wegen Ueberlastung niederlegte. Sein Nachfolger wurde Professor Arndt. Eine Besichtigung der Anstalt im Jahre 1883 führte zu der Ueberzeugung von ihrer Unzulänglichkeit, doch waren die Schwierigkeiten, einem neuen Projekt des Prof. Arndt zur Ausführung zu verhelfen, zu gross. Inzwischen hatte die Provinz auch eine neue Anstalt in Lauenburg gebaut. So wurde die hiesige Anstalt für die Provinz überflüssig. Die Regierung miethete dann die Anstaltsgebäude von der Provinz und legte dieser die Verpflichtung auf, der Klinik die zum Unterricht erforderlichen Kranken zur Verfügung zu stellen. Auf diese Art kam die Universität (1889) zur eigenen psychiatrischen Klinik. Ihre unzweckmässige, ja bedenkliche bauliche Einrichtung zeigte sich mehrmals, die Polizei drohte sogar mit Schliessung. Mit der Provinz wurde von neuem verhandelt, da diese vor etwa 10 Jahren zum Bau einer neuen Irrenanstalt schreiten musste. Auch diese Verhandlungen zerschlugen sich, und die neue Anstalt kam nach Treptow an der Rega. Im Jahre 1901 bewilligte schliesslich der Landtag die Mittel für einen Neubau, die vielseitigen Bemühungen, auch der Vertreter Greifswalds im Herren- und Abgeordnetenhause, waren also nicht vergeblich gewesen. Es wurde ein genauerer Entwurf vom akademischen Baubureau und Prof. Westphal, der nach Arndts Erkrankung und Tod dessen Nachfolger geworden war, nach dem Vorentwurfe des Wirklichen Geheimen Oberbauraths Dr. Thür hergestellt und danach der Bau auf der Ellerholzparzelle hinter dem botanischen Garten begonnen. Die innere Einrichtung wurde



unter der Leitung des jetzigen Direktors Prof. Schultze Ende des Jahres 1905 vollendet.

Um den Unterschied der jetzt eingeführten humanen Irrentherapie von derjenigen früherer Zeiten recht drastisch zu veranschaulichen, führte Herr Prof. Schultze der Versammlung noch die sogen. Zwangsstühle vor, die im vorigen Jahrhundert in der hiesigen Klinik in Gebrauch waren, und einen Haken, der zu einem wirklich haarsträubenden, obendrein unverständlichen Experiment benutzt wurde. Die heutige Irrenpflege fusst hauptsächlich auf dem Bemühen, den Kranken zu nützlicher Beschäftigung in Haus und Garten zu veranlassen, sie vermeidet streng jeden Zwang und nach Möglichkeit auch die Isolierung der Kranken in Zellen. — Redner ging noch kurz auf die Entwicklung der Psychiatrie als Lehrfach ein. Die spezielle Entwickelung in Greifswald glich der allgemeinen, ja Greifswald war eher als viele andere Universitäten in der Lage, den Studenten auch psychiatrische Krankheitsfälle vorzuführen. In zusammenfassender Weise wurde schliesslich der heutige Stand der psychiatrischen Wissenschaft und Praxis dargelegt, ihr Werth für die Rechtspflege und auch für andere öffentliche Zwecke, so nicht zum wenigsten für die als Begleiterscheinung unserer Unfallgesetzgebung allmählich entstandenen Zustände.

Nach Beendigung der Festrede fand in zwei Abtheilungen unter Führung des Direktors Herrn Prof. Dr. Schultze und des Oberarztes Herrn Dr. Arndt eine Besichtigung der Klinik statt.

Die gesammte Klinik besteht aus vier Gebäuden: dem Hauptgebäude, dem Wirthschaftsgebäude, der Leichenhalle und dem Wohnhaus des Direktors. Das Hauptgebäude kann man in drei Theile zerlegen: einen Mittelbau und einen östlichen und westlichen Seitenflügel. Der viergeschossige Mittelbau ist für Lehr- und Lernzwecke bestimmt, die beiden Seitenflügel enthalten die Krankenabtheilungen, der östliche die männlichen, der westliche die weiblichen Kranken.

Es ist Raum für 72 Kranke vorhanden; acht Zimmer sind für wohlhabende Kranke zur Verfügung.

Geleitet wird die Anstalt von einem Chefarzt, dem drei Assistenzärzte, ein Oberpfleger, eine Oberpflegerin, acht Pfleger und acht Pflegerinnen zur Seite stehen. Ferner sind angestellt: ein Verwaltungsinspector, eine Wirthschafterin, ein Maschinist und zwei Heizer, ein Pförtner, zwei Küchenmädchen, drei Waschmädchen, ein Hausmädchen und ein Hausdiener.

Bei dem Bau der neuen psychiatrischen Klinik sind alle Erfahrungen der Neuzeit in Betracht gezogen. Bei einem Gang durch die Anstalt erhält man nirgends den Eindruck, dass man sich in einer Irrenanstalt befindet, man hat vielmehr das Gefühl, dass man sich in einem besonders sorgfältig ausgestatteten Krankenhause aufhält. Und doch sind alle Einrichtungen vorhanden, die einestheils die genaue Beaufsichtigung, namentlich der überwachungsbedürftigen Irren ermöglichen, andererseits die möglichst günstigen hygienischen Bedingungen schaffen und eine zweckmässige Beschäftigung der Kranken gestatten. In der modernen Behandlung Geisteskranker kennt man keine Zellenbehandlung mehr. Auf jeden Zwang wird verzichtet. Nothwendig ist hierzu vor allen Dingen ein besonders geschultes, zahlreiches und human gesinntes Krankenwärterpersonal. Für Genesende sind besondere Abtheilungen vorhanden, die Unruhigen werden genau überwacht in sog. Wachabtheilungen. Aus den gleichen Erwägungen wie bei körperlich Kranken wird auch bei Geisteskranken Bettbehandlung angewandt. Der Wärter hat jeden Kranken genau zu beobachten und seine Wahrnehmungen in ein Buch einzutragen, das vom Arzte kontrollirt und bescheinigt wird.

Alle Zimmer sind sehr hoch, einfach, aber sehr geschmackvoll ausgestattet, in allen Zimmern befinden sich Bilder aller möglichen Art, Reproduktionen klassischer und moderner Sachen.

Die ganze Anstalt wird elektrisch beleuchtet. Ueberall sind elektrische Anschlüsse und Zapfstellen für kaltes und warmes Wasser. Die Heizung der ganzen Anstalt geschieht durch eine Central-Warmwasser-Heizungs-Anlage. Ausser einem Haustelephon mit 18 Stationen sind 3 Anschlüsse an den Stadtfernsprecher vorhanden. Die Handgriffe an den Thüren sind senkrecht nach unten gebogen. Die Handgriffe an den Thüren zu Zimmern, die von Kranken nicht betreten werden dürfen, sind fest, während die andern beweglich mit einem Charnier versehen sind. Die Bettstellen sind sämmtlich aus Eisen mit Drahtmatratze; an den Seiten können Bretter angebracht werden, damit der Kranke nicht aus dem Bett fallen kann.

Im Kellergeschoss des Hauptgebäudes befinden sich durchweg Wohnungen und die nothwendigen Räume für die technischen Anlagen, auch ist hier das Casino für die Assistenzärzte untergebracht.

Im Erdgeschoss des Mittelbaues liegt das Verwaltungsbureau und die Kasse, sowie das Aufnahmezimmer. Die Anstalt ist eine Universitätsklinik, die ausschliesslich Lehr- und Lernzwecken dient. Sie ist nicht nur für Geisteskranke, sondern auch für Nervenkranke, besonders für die sogenannten Psychisch-Nervösen bestimmt. Diese bedürfen nicht immer einer Anstaltsbehandlung; um ihnen aber doch eine sachgemässe Behandlung angedeihen zu lassen, ist eine Poliklinik eingerichtet, die aus einem Wartezimmer und 2 mit elektrischen Apparaten usw. ausgestatteten Untersuchungszimmern besteht.

Ueber der Poliklinik liegt der Hörsaal. Derselbe enthält 60 terassenförmig angeordnete Plätze für die Hörer mit geräuschlosen Klappsitzen. Seine Beleuchtung erhält er u. a. durch vier Nernstlampen. Die Fenster können durch schwarze Vorhänge aus doppelt genommenem Stoff vollständig gegen das Tageslicht abgeschlossen werden, so dass auch im Hörsaal projicirt werden kann.

Es folgt das mikroskopische und das chemische Laboratorium, das Sammlungs- und Präparatenzimmer. Hübsch und wohnlich eingerichtete Aerzte-Zimmer schliessen sich an.



Die Aufnahme-Abtheilung des östlichen Flügels enthält Küche, Badezimmer, Pflegerinnen-, Garderoben-, Einzelzimmer 1. und 2. Klasse, Spülraum, Tagesraum, Wachsaal, ärztliches Untersuchungszimmer, Klosets etc.

Die Küchen sind mit Gaskocher, Wärmeöfen, Kalt- und Warm-Wasserleitung etc. ausgestattet.

In den Badezimmern befinden sich nickelplattirte Badewannen. Die Vorleger sind aus Holz, das durch Kupferdraht verbunden ist.

In den Garderobezimmern hat jeder Kranke ein nummerirtes Spind.

Die Zimmer erster Klasse sind, wie überhaupt alle Zimmer sehr wohnlich und gemüthlich mit hübschen Bildern geschmückt; sie enthalten ausser Bett, Schrank, Chaiselongue und Stühlen einen Nachttisch mit Glasplatte.

Ein grosser heller, sehr freundlich ausgestatteter Raum ist für den Aufenthalt am Tage bestimmt.

Das Zimmer, das der Wachabtheilung dient, bietet Raum zum Aufstellen von ca. 12 Betten; neben ihm befindet sich ein Baderaum mit drei Wannen.

Auch ein Separirraum ist vorhanden, der nur im äussersten Nothfalle gebraucht wird, wenn alle sonstigen Mittel versagen sollten. Die Fensterscheiben sind klein, das Glas ist ca. 15 Millimeter dick, so dass ein Zertrümmern mit der blossen Faust unmöglich ist. Dieser Raum hat Doppelthüren, die innere hat ein grosses Fenster mit dickem Glas, um den Kranken beobachten zu können.

Es folgt: Zimmer für ansteckende Krankheiten, Spülzimmer und Aborte.

In der Reconvalescenten-Abtheilung befinden sich ebenfalls Küche und Badezimmer, Pflegerinnenzimmer, Zimmer für den Aufenthalt am Tage, Zimmer erster und zweiter Klasse usw.

Der westliche Flügel ist ebenso eingerichtet, wie der östliche; in ihm sind die weiblichen Kranken untergebracht.

Im Wirthschaftsgebäude befinden sich die Wohnungen für den Verwaltungsinspector, für die Wirthschafterin und die im Wirthschaftsbetriebe Angestellten und die Koch- und Wasch-Küche. Es wird nur mit Dampf gekocht. In der Koch-Küche sind besondere Kessel vorhanden zum Kochen von Kartoffeln, Gemüse, Fleisch, Caffee, Milch und Bouillon. Für die Patienten erster und zweiter Klasse wird auf Gas gekocht. Der Anrichtetisch ist mit weissen Kacheln ausgelegt. Es ist eine Speise- und Vorrathskammer, eine Spül- und Gemüseputzküche dicht neben der Kochküche.

Waschküche: Auch hier wird nur mit Dampf gewaschen. Zunächst ist ein Raum zum Sortiren der Wäsche vorhanden. Neben Einweichfässern befindet sich in der Waschküche eine grosse Waschmaschine, Centrifuge, eine Spülmaschine und eine Einrichtung für Handwäsche, ein Wagen zum Heranfahren der Wäsche u. s. w.

An die Waschküche schliesst sich ein Zimmer für die Wäscheausgabe an. In den oberen Geschossen befindet sich das Magazin des Verwaltungs-Inspectors, die Plättstube, die Rollstube mit Coulissenapparat, die Flickstube, ein Wohn- und Schlafzimmer für die Wirthschafterin und Schlafzimmer für die Mädchen.

Das Kessel- und Maschinenhaus schliesst sich an das Wirthschaftsgebäude an. Es sind zwei grosse Dampfkessel und eine 8pferdige Dampfmaschine nothwendig, um die Heizung, das erforderliche warme Wasser und den Betrieb der Küche u. s. w. zu ermöglichen.

Referate.

— Pathologische Schwindler im geistlichen Gewande. Von Dr. Meyer, Assistenzarzt a. d. Provinzialheilanstalt zu Münster. (S.-A aus: „Der kathol. Seelsorger" 1905. 5. u. 6. Heft). 16 S.

Die vorliegende Schrift ist bestimmt Laienkreise darüber aufzuklären, dass die als Pseudopriester auftretenden Personen nicht immer bewusste Betrüger sind, sondern oft zu der wohlcharacterisirten Gruppe der pathologischen Lügner gehören. Die Ausführungen des Verf. werden durch Wiedergabe des Lebensganges von 6 derartigen pathologischen Schwindlern im geistlichen Gewande illustrirt.

— Die Königliche Psychiatrische Klinik in München. I. Festrede zur Eröffnung der Klinik am 7. Nov. 1904 von Prof. Dr. E. Kraepelin. II. Baubeschreibung der Klinik von Heilmann und Littmann, Leipzig 1905. Verlag von J. A. Barth. 21 S. Pr. 2 M.

Die kleine Schrift bringt zunächst den Wortlaut der Eröffnungsrede, in welcher Prof. Kraepelin die Einrichtungen seiner neuen Klinik schildert und dabei die Grundsätze entwickelt, welche in einer modernen psychiatrischen Klinik Geltung haben sollen (vergl. VI. Jahrg. S. 330—332 dieser Wochenschrift). Dann folgt die von den bauleitenden Architecten gegebene und durch 7 Ansichten und 5 Pläne illustrirte Beschreibung der Anstalt in baulicher Beziehung. Es geht daraus hervor, dass verständnissvolle Opferwilligkeit die Mittel zum Bau einer Anstalt gewährt hat, welche geeignet ist in der Krankenfürsorge, im Unterricht und in der wissenschaftlichen Forschung vorbildlich zu sein. Arnemann-Grossschweidnitz.

— A. Cramer. Die Heil- und Unterrichtsanstalten für psychische und Nervenkranke in Göttingen. Jena, Fischer 1905. 40 S.

Eingehende und lebendige Schilderung der vorzüglichen in Göttingen bestehenden Einrichtungen für Krankenpflege und Unterricht. Um deren zeitgemässe Ausgestaltung und Fortentwickelung Cramer sich bekanntlich in hervorragender Weise verdient gemacht hat. Insbesondere erfahren die Einrichtungen und weiteren Erfahrungen des Sanatoriums Rasemühle unter Beigabe von 16 Abbildungen, des Reglements und einer Auswahl von Speisezetteln (auch vegetarischen) eine eingehende Darlegung. In einer Anmerkung verurtheilt Cr. auf's schärfste den leider noch in vielen Allgemeinkrankenhäusern geübten Unfug, acut geistig Erkrankte oft für lange Zeit zu isoliren. Er fordert mit Recht die möglichst sofortige Inanspruchnahme der Irrenanstalten für solche Fälle. „Eine Nacht im Spritzenhause ist für den Kranken nicht so schlimm



wie eine mehrwöchentliche Isolirung unter nicht sachkundiger Behandlung". Mercklin.

— L. M. Kötscher: Ueber das Bewusstsein, seine Anomalien und ihre forensische Bedeutung. 1905 J. F. Bergmann-Wiesbaden. 109 S.

Auf naturwissenschaftlicher Anschauung fussend, werden die psycho-physiologischen Elemente des Bewusstseins erläutert.

Die Kapitelüberschriften: Automatismus, Allgemeine Symptomatologie der Bewusstseinsstörungen, Störungen der Erinnerung, Confabulation, Pseudologia phantastica, die Affecte und ihre Wirkung auf das Bewusstsein, Dämmerzustände, Ideenflucht, Hemmung, Stuporzustände, die Delirien auf alkoholischer, epileptischer und hysterischer Basis, ängstliche und manische Tobsucht — zeigen, dass Verf. seine Ausführungen fast bis zum Umfange einer Klinik der Geisteskrankheiten erweitert.

Fast rein forensisch sind die Abhandlungen: die Narkose und ihre forensische Bedeutung, der Alkoholrausch und seine forensische Bedeutung, die forensische Wertung und Behandlung der degenerirten Defectmenschen. Namentlich zu diesem letzten Kapitel steht in naher Beziehung die Tendenz des Buches, das eine Beseitigung der naturwissenschaftlich unhaltbaren Sühnetheorie zu gunsten des modernen Determinismus fordert. Verf. macht Vorschläge zur Behandlung der Verbrecher, die, wie er glaubt, den Halbbegriff der verminderten Zurechnungsfähigkeit entbehrlich machen.

Ausdehnung der Geldstrafe und der Haftpflicht dem Geschädigten gegenüber bei leichteren Vergehen, Unschädlichmachung der Schädlinge durch Internirung bei krankhafte Charakteranlage verrathenden schweren, wiederholten Verbrechen, Strafvollzug ohne Bindung der Strafdauer und nur versuchsweise Beurlaubung der gebessert Erscheinenden, Umwandlung der Strafanstalten in Arbeitskolonien und in (den Irrenanstalten analog eingerichtete) Krankenanstalten — werden als therapeutische Maassnahmen bei der Behandlung der „social Kranken" aufgeführt.

In das Gebiet des Mystischen führen die Kapitel: Hypnose, Spiritismus, Mediumismus, Trancezustände, okkulte Leistungen des Bewusstseins etc. Bei Besprechung der Telepathie macht Verf., der auf streng naturwissenschaftlichem Standpunkte stehend, überall das natürliche Walten der Kausalität erblickt, aufmerksam, dass durchaus ernst zu nehmende Forscher ein unbekanntes von Gehirn zu Gehirn wirkendes psychisches Agens mit in den Kreis des Möglichen einbeziehen.

K.'s Buch ist in klarer, durch Einflechten kulturhistorischer Betrachtungen anziehender Weise geschrieben. Es setzt keine speciellen psychiatrischen Kenntnisse voraus und macht sich dadurch den Kreisen aller Gebildeten zugänglich. Aerzten und namentlich Richtern, die sich in psychopathologischen Dingen belehren wollen, sei es empfohlen.

Horstmann-Treptow a. R.

— Die Mediumschaft der Frau Piper. Dargestellt von M. Sage, nach den Untersuchungen der englisch-amerikanischen „Gesellschaft für psychische Forschung" mit Vorreden von Dr. Freiherrn von Schrenck-Notzing und Camille Flammalion. In verkürzter deutscher Bearbeitung wiedergegeben von Northcose W. Thomas, M. A. Leipzig. Druck und Verlag von Oswald Mutze 1903.

Die Schrift enthält nach längerer allgemeiner Einleitung, Berichte über einige Sitzungen, die das Medium vor allem mit seiner „Hauptcontrolle Phinuit" gewährte. Den Schluss bilden Erklärungsversuche.

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Dunton, Report of a case of dementia praecox with autopsy. Medical Reports of the Sheppard a. Enoch Pratt Hospital. Vol. I. 1903. S. 164.

Beschreibung eines Falles von Dementia praecox und zwar der katatonischen Form dieser Erkrankung. Klinisch bietet der Verlauf keinerlei Besonderheiten. Tod an Tuberkulose. Verf. macht darauf aufmerksam, dass katatonische Kranke oft an Tuberkulose sterben. Im ganzen Gehirn fanden sich leichte Veränderungen der Ganglienzellen, doch waren die Stirnwindungen am stärksten ergriffen. Hier zeigten sich die Erscheinungen der Chromolyse, Zerfall der Nissl'schen Körperchen, Dislokation und Formveränderungen des Kernes sowie Faltung der Kernmembran. Besonders betroffen waren die tieferen Rindenschichten. Neurogliakerne leicht vermehrt. Markfasern ohne Veränderungen. Auch die Vorderhornzellen des Rückenmarkes waren in geringem Grade afficirt.

Schütte, Osnabrück.

— Pritchard, Delirium grave. Journ. of Nerv. and Ment. Disease. Vol. XXXI. 1904. S. 162.

Die Untersuchung des Gehirns in einem Falle von Delirium acutum bei einer 45jährigen Frau ergab Oedem und starke Hyperaemie der Pia. Auch die Rinde war sehr blutreich; die Seitenventrikel waren etwas erweitert. In den Ganglienzellen fand sich Chromolyse, Quellung des Zellkörpers und Verlagerung des Kernes. Besonders verändert waren die Purkinje'schen Zellen. Die Gefässe waren überall sehr erweitert, aber sonst ohne Besonderheiten.

Schütte, Osnabrück.

Personalnachrichten.

— Dem Direktor der Provinzialirrenanstalt zu Lauenburg (Pommern), Herrn Geheimen Medicinalrath Dr. Siemens, ist der Kronenorden III. Klasse verliehen worden.

— Uchtspringe: Als Assistenzärzte sind neu eingetreten die Herren Dr. Walther, bisher Assistenzarzt an der psychiatrischen Klinik und Nervenpoliklinik der Universität Rostock und Dr. Siebold, bisher erster Assistenzarzt der chiurg. Abtheilung des städtischen Krankenhauses Barmen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 45. 3. Februar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Simulation von Geistesschwäche bei Schwachsinn.

Gutachten.

Von Oberarzt Dr. *Bresler*, Lublinitz (Schlesien).

Die Wittwe Caroline K. aus G., welche gemäss Beschluss der I. Strafkammer des Königlichen Landgerichts zu O. vom 19. II. 1904 in einer Irren-Anstalt auf ihren Geisteszustand beobachtet werden sollte, hat sich zu diesem Zwecke vom 17. März bis 28. April d. J. in der hiesigen Prov.-Heil- u. Pflege-Anstalt aufgehalten. Im Auftrage der Direction genannter Anstalt erstatte ich im Nachfolgenden das unterm 11. März 1904 von dem Herrn Untersuchungsrichter beim Königlichen Landgericht zu O. geforderte begründete Gutachten darüber,

ob die Caroline K. Anfang 1903 und am 27. August 1903, in welcher Zeit ihr die Verübung eines Betrugs und die eines Meineids zur Last gelegt werden, sich in einem die freie Willensthätigkeit ausschliessenden Zustande krankhafter Störung der Geistesthätigkeit befunden hat bezw. ob sie sich jetzt in einem solchen befindet.

Aus den Acten entnehme ich über die K. Nachstehendes: Sie ist am 14. Mai 1849 in N. B. Kreis M. geboren als Kind der Freisteller August W.'schen Eheleute, evangelisch, seit 1897 verwittwet, Mutter von 4 (lebenden) Kindern, deren eins bereits verheirathet ist. Ueber Geburt, Entwickelung und Erziehung konnte ich in den Acten nichts finden. Die auf mein Ersuchen angestellte Nachfrage über den Erfolg ihres Schulbesuchs hat ergeben, dass sie vom Mai 1857 bis Michaelis 1863 die Dorfschule („eine Laufschule") in N. B. besucht habe. Aus den jetzt noch vorhandenen Schulacten sei ersichtlich, dass ihr Schulbesuch ein schlechter, ihr Verhalten in der Schule ein gutes und ihre Leistungen mittelmässig waren. Sie war, wie aus dieser Angabe übrigens hervorgeht, beim Schulantritt bereits 8 Jahre alt. Es wäre erwünscht gewesen, den Grund der Verspätung des Schulbeginns zu erfahren; so muss es eine Vermuthung bleiben, dass, wie meistens, verzögerte Entwickelung der Anlass war. Sie ist bestraft 1. vom Schöffengericht M. am 25. XI. 98 wegen Felddiebstahls mit 15 Mark event. 3 Tagen Haft, 2. von demselben Gericht am 17. X. 01 wegen Hausfriedensbruchs mit 5 Mark event. 1 Tag Haft, 3. von demselben Gericht vom 28. V. 03 wegen Betrugs mit 1 Woche Gefängniss. Im 2. Falle hatte sie sich aus dem umfriedigten Besitzthum des Dienstherrn ihres Sohnes, in welchem sie ohne Befugniss verweilte, auf die Aufforderung des Berechtigten nicht entfernt, im 3. Falle hatte sie eine Spielmarke als 10 Markstück in Zahlung gegeben. —

Am 27. December 1903 wurde die K., welcher Meineid und Betrug zur Last gelegt wurden, in das Gerichtsgefängniss zu O. in Untersuchungshaft genommen. Im Laufe der Voruntersuchung taucht wiederholt die Frage nach ihrer geistigen Beschaffenheit auf. So berichtet der Oberwachtmeister, Blatt 42 der Acten der Königlichen Staatsanwaltschaft unterm 22. XII. 1903: „Auch die Angeschuldigte verweigert jegliche Auskunft über den Erwerb und Verbleib des Geldes und simulirt Kopfschwäche. Dieselbe wird jedoch von den meisten Inwohnern der Umgebung als eine ganz raffinirte Betrügerin geschildert." Die K. selbst antwortete am 24. XII. 1903 bei der Vernehmung durch den Herrn Untersuchungsrichter, wobei sie „hin- und herredete" und ihr daher bestimmte Fragen vorgelegt wurden, auf verschiedene derselben: „Das weiss ich nicht." „Ich bin kopfschwach." . . . „Weil ich verrückt war (nb. deshalb habe sie ein Testament errichtet und ihr damaliges Vermögen auf 3000 Mark angegeben). Meine älteste Tochter Bertha sagte sofort, als sie vom Testament



hörte, dass ich Haue verdiene, weil ich ohne Vermögen ein Testament mache." Der Gemeindevorsteher W. von G., Blatt 62 am 3. Januar 1903: „Wenn die Angeschuldigte behauptet, kopfschwach zu sein, so ist das eine offenbare Erfindung, denn sie macht schwierigere und gerissenere Sachen wie ich und das ganze Dorf. Ihr Sohn Heinrich, der ebenfalls als kopfschwach hingestellt wird, kann zwar nicht lesen und schreiben, ist jedoch meines Erachtens auch gescheit." Blatt 76 Zeuge H.: „Ich halte die Angeschuldigte für eine durchtriebene Gaunerin, der schon mancher Betrug gelungen ist. Jetzt, wo sie in die Enge getrieben ist, will sie auf einmal kopfschwach sein." F., ihre Schwiegersohn, Blatt 78: „Sie will jetzt durch mich kopfschwach geworden sein, jedoch ist das Schwindel und ist sie gescheiter wie wir Alle." Der Bruder der Beschuldigten, Ferdinand W., Blatt 93: „Sie muss wohl etwas dumm sein, dass sie jetzt solche Sachen macht."

Auf Antrag des Ersten Staatsanwalts wurde die K. von dem Gefängnissarzt zu O. auf ihren Geisteszustand beobachtet. Derselbe äussert sich Blatt 110 und 111: „Nach allen meinen bisherigen Beobachtungen bin ich immer wieder mehr zu der Ueberzeugung gekommen, dass die Frau K. von Geburt an hochgradig schwachsinnig und dementsprechend sehr leicht zu falschen und verbrecherischen Handlungen zu verleiten ist. Dass sie aber im Sinne des § 51 St. G. B. unzurechnungsfähig wäre, dass glaube ich nicht annehmen zu sollen." Er hält zur vollständigen und sicheren Klärung des Gemüths- und Geisteszustandes der K. die Anstaltsbeobachtung für geboten.

Anstaltsbeobachtung.

Die K. war bei der Aufnahme in desolater Verfassung, über Zeit und Ort, sowie über den Zweck ihres Eintreffens hierselbst nicht orientirt, auch nicht fähig sich zu orientiren, endlich körperlich in unverkennbar heruntergekommenen Zustande. Der Begleiter theilte mit, dass die K. unterwegs gebrochen habe. Auch hier hat sie am Abend des ersten Tages noch einmal erbrochen. Es bestand ein mässig starker Bronchialcatarrh und die K. klagte über Reissen in der linken Schulter. In ihrem Benehmen fiel während der folgenden Zeit auf, dass sie häufig weinte, rathlos, zeitweise wie geistesabwesend herumstand und herumging, viel betete und im Gesangbuch las. Das letztere geschah in der — wiederholt von mir festgestellten — Weise, dass sie im Register die Anfangsworte eines der in ihrem Gedächtniss haftenden Kirchenlieder suchte und nach der dabei stehenden Zahl im Text aufschlug, dann aber das Lied nicht las, sondern, mit dem Blick längs der Zeilen schweifend, aus dem Kopfe hersagte, ohne dass die fixirte Zeile dem jeweilig gesprochenen Vers entsprach. Auch war das Hergesagte in vielfacher Beziehung gegenüber dem wirklichen Text lückenhaft und verstümmelt, daher sinnlos. Nur einige Schriftwortbilder vermochte sie zu lesen, besonders am Anfang des Liedes, demzufolge ihr auch das Aufsuchen desselben im Register gelang.

Der Schlaf war unterbrochen, zuweilen durch ängstliche Träume, deren Wirkung sich noch im wachen Zustand geltend machte; so kam sie einmal nachts, 25. III., plötzlich verängstigt an die Nachtwache heran: Männer wollten sie totschlagen.

In Verkehr und Unterhaltung verfiel sie und beschränkte sie sich in der Hauptsache auf eine schwachsinnige, zu bösen Streichen aufgelegte und verschmitzte Pfleglingin von ca. 25 Jahren. Man konnte deutlich verfolgen, dass sie nicht nur sich instinktiv zu ihr hingezogen fühlte und sich für sie unnötigerweise interessierte, sondern im gewissen Grade sozusagen ihre Hörige wurde. In der Nähstube, wo sie von jener getrennt und in einer Gruppe von geistig etwas höher stehenden Pfleglinginnen war, machte sie keine Versuche, sich Anderen zu nähern oder Anschluss zu gewinnen. Unterhielt sie sich mit Pfleglingen, so ging das Gespräch, wie ich nachträglich durch Umfragen mehrfach erfuhr, nicht über die naheliegendsten Dinge der Umgebung hinaus; es wurde von höchst kritiklosen und albernen Äusserungen, die sie getan, berichtet. Vergegenwärtige ich mir zunächst alle die kleinen Eindrücke, die ihr Wesen, ohne Zusammenhang mit den Explorationen, während ihres hiesigen Aufenthalts, gerade auch in Momenten auf mich machte, in denen sie sich nicht von mir beobachtet wissen konnte, und lasse ich diese Eindrücke als Ganzes auf mich einwirken, so sehe ich eine Person vor mir, welche von den minder Schwachsinnigen der Anstalt absticht und hinter ihnen erheblich zurückbleibt.

Was nun das Ergebnis der Vorbesuche d. h. der Explorationen anlangt, so war die K. bei den ersten derselben sehr mitteilsam. Sie erzählte von ihren traurigen Vermögens-Verhältnissen, von den Zerwürfnissen mit dem Schwiegersohn, von der Beraubung durch einen fremden Mann, von dem Schicksal, das sie durch den Tod des Mannes und seit demselben betroffen. Dabei weinte sie wiederholt laut schluchzend. Unterbrach man sie — sie beobachtete in ihrem Rededrange und unter ihren Lamentationen häufig die Unterbrechungen zunächst gar nicht —, so setzte sie bald wieder, ohne auf die Frage näher einzugehen und auch ohne ihren eigenen Faden wieder



aufzunehmen, an irgend einem Punkte ihrer Vergangenheit mit der Erzählung ein. Da die K. offenbar zum Lügen neigt, — sie gab z. B. erst auf mehrfachen Vorhalt ihre Vorstrafen zu —, so erschien es von vornherein und wies sich auch später als ganz aussichtslos, durch eine dem Akten-Inhalt gleichlautende Exploration die Untersuchung des Geisteszustandes auf die Übereinstimmung ihrer jetzigen Aussagen mit den früheren zu erstrecken. Hierfür waren ihre Angaben auch zu confus und teilweise durch Gedächtnissschwäche defekt geworden. Dass diese letztere nicht erlogen war, geht hervor aus der typischen Verschiedenheit des Gedächtnisses für ältere und für jüngere Ereignisse, ein Unterschied, der ihr nicht bekannt sein kann. Sie wusste z. B. den Sterbetag ihres Mannes richtig, wusste, dass noch 14 Tage zu seinem 60. Jahre fehlten (was nach den Akten ungefähr stimmen dürfte), nennt die Geburtstage ihrer Kinder, wenigstens der drei ältesten, richtig, weiss, dass sie gerade vor Weihnachten vorigen Jahres verhaftet wurde, dagegen wurde das Gedächtniss immer ärmer, je mehr sich die Fragen auf die Gegenwart oder jüngste Vergangenheit bezogen. Datum und Namen des gegenwärtigen Aufenthaltsortes kann sie sich nicht merken.

Ihr geistiger Horizont ist ein äusserst beschränkter. Der einfachsten politischen, geographischen und konfessionellen Orientirung dienende Begriffe fehlen ihr. Bei meinen Fragen nach solchen Dingen berief sie sich bezeichnender Weise darauf, dass zu Hause der Mann, und jetzt die Kinder, besonders die Tochter Bertha alles besorgt hätten, sie hätte es in der Schule nicht gelernt und sich nie darum gekümmert. Auch das Geld habe ihre Tochter Bertha immer zusammengezählt. Eine grössere Zahl verschiedener Geldstücke vermag sie nicht zusammenzuzählen. Obgleich sie ihr Geburtsjahr und den Geburtstag richtig angiebt, ist sie bei Angabe ihres gegenwärtigen Alters nicht ganz sicher (ob 54 oder 55) und bemerkt in charakteristischer Weise: ich bin halt so alt wie der Scholz*); die einfachsten Rechenexempel zu lösen, ist sie ausser Stande. Die Wochentage sagt sie richtig her, die Monate fehlerhaft. Von den 10 Geboten weiss sie nur einige Bruchstücke.

Der Mangel an Bildung und Urtheilskraft und die krankhafte Aengstlichkeit zeitigte während ihres Aufenthaltes hierselbst manche typische Scene. Als ich z. B. einmal bei der Untersuchung ihrer Sinnesorgane meine Hand mit der Taschenuhr hinter ihren Kopf führte, um ohne ihr Vorwissen eine Gehörprüfung vorzunehmen, und eine daneben befindliche, in sinnenfälliger Weise geistesgestörte, der K. nicht unbekannte Kranke in demselben Moment ruft: „Die dürfen Sie nicht tot machen", läuft die K. ängstlich davon und lässt sich durch keine Aufklärung meinerseits, nicht durch Vorzeigen der Taschenuhr, zur Duldung der Untersuchung bewegen.

Ueber den Zweck ihres hiesigen Aufenthalts blieb sie zunächst unklar und sie wurde auch Anfangs darüber nicht belehrt. Sie meinte, es sei ihr gesagt worden, sie solle zum Doctor fahren, weil sie Reissen im linken Arm habe und ihr der Kopf brumme, das sei von dem kalten Wasser, mit dem sie im Gefängniss begossen worden sei. Später klärte ich sie über den Grund ihres Hierseins auf und von nun an änderte sich ihr Wesen. Sie wurde gegen mich zurückhaltend und war bestrebt, sich in Unterhaltungen über ihre Verhältnisse, ihr Wissen, ihre Erinnerung möglichst nichtwissend und gedächtnissschwach zu stellen. Wenn es daher in der Folgezeit auch sehr erschwert war, weitere Einzelheiten ihres Geisteszustandes in unverfälschter Weise klarzulegen, so liess sich andererseits aus diesem Wandel doch schliessen, dass sie wirklich anfangs sowohl von dem Zweck ihrer Anstaltsinternierung nichts gewusst, als auch sich in Bezug auf ihre geistige Verfassung so gegeben hatte, wie sie thatsächlich war. Aber auch die Art ihres Sichdummstellens war für ihre Urtheilskraft charakteristisch: sie wollte nun manches nicht wissen, was sie in den ersten Tagen zutreffend angegeben hatte und ihr Nichtwissen steigerte sie bei einzelnen Dingen soweit, dass selbst sehr geistesschwache Personen der Umgebung über dieses thörichte Benehmen lachen mussten. Dass zu diesem von ihr nunmehr zur Schau getragenen enormen Gedächtnissdefekt auch ein ganz anderes Gesammtverhalten, ein völlig verändertes Gesammtbild ihres Geistes gehört hätte, um naturwahr zu erscheinen, das vermochte sie offenbar nicht zu überlegen. Beispiel: Wie lange sind sie schon hier? Ich weiss nicht! 4 Wochen? Ich weiss nicht! 2 Monate? Ich weiss nicht! 1 Jahr? Ich weiss nicht! 10 Jahre? Ich weiss nicht! 50 Jahre? Ich weiss nicht! Vorher hatte sich das Nichtwissen in natürlicher, ihrem Hang zum Lügen entsprechender Weise auf bestimmte, für sie unerfreuliche Dinge beschränkt, z. B. ihre früheren Strafen oder die ihr zur Last gelegten Handlungen.

Körperlicher Befund.

Die K. ist mittelgross, ziemlich kräftig gebaut; bei der Aufnahme war ihr Ernährungszustand ein dürftiger, in der Anstalt hat er sich etwas gehoben. Die inneren Organe scheinen in keiner erheblichen Weise krankhaft verändert, in den ersten Tagen be-

*) d. h. der Gemeindevorsteher.



stand, wie schon bemerkt, ein mäßiger Bronchialkatarrh. Den mehrfachen Klagen über Schmerzen im linken Arme und in der linken Schulter entsprachen zwar an diesen Stellen keine deutlichen Gewebsveränderungen, jedoch wurden bei K. wiederholt leichte Temperatursteigerungen constatirt. An den Sinnesorganen und im Bereich des peripheren Nervensystems war keine wesentliche Abweichung von der Norm vorhanden, nur trat beim Weinen und sonst in der Erregung häufig ein Zittern der Finger auf. — Sie hat beiderseits erheblichen Plattfuss, der Gang ist watschelnd. Im Gesicht befinden sich zahlreiche Falten. Der Schädel zeigt keine Bildungsanomalien, sein Umfang ist 54 cm; der Gesichtsausdruck ist stupid.

Das Körpergewicht war bei der Aufnahme am 17. III. 50 kg, am 23. III. 54,5 kg., am 30. III. 56 kg., am 9. IV. 55,5 kg., am 14. IV. 59 kg., am 23. IV. 60 kg., am 25. IV., Entlassungstag, 58,5 kg.

Aus den im Obigen wiedergegebenen Eindrücken und mitgetheilten Beobachtungen, habe ich die Ueberzeugung gewonnen, dass die K. eine von Jugend an schwachsinnige Person ist, deren geistige Minderwerthigkeit im Elternhause und innerhalb der Ehe nach aussen nicht zur Geltung kam. Anders nach dem Tode des Ehemannes. Es ist gewiss nicht Zufall, dass die drei Vorstrafen der K. in die Zeit nach diesem Ereigniss fallen. Allerdings hat man ihr die Vormundschaft über die Kinder übertragen, aber was man über die Führung der letzteren den Vormundschafts-Acten entnehmen kann, — es sind dies freilich mehr Aeusserlichkeiten — spricht nicht gegen das Vorhandensein des Schwachsinns. Mehrfach musste sie durch Androhung von Ordnungsstrafen (nach voraufgegangener Mahnung) zur Einreichung der Berichte etc. veranlasst werden. (Blatt 23, 3. XII. 97; ebenda 25. IV. 98; Blatt 26, 24. VII. 98; Blatt 31, 12. XII. 98). Dass sie ihren Namen nicht richtig schreiben kann, erwähne ich als weniger erheblich nur nebenbei; dagegen ist es beachtenswerth, dass sie einmal (Blatt 17, 4. IV. 07) ihren Namen von einer anderen Person (der Tochter Bertha?) unter einen für das Gericht bestimmten Bericht setzen liess. Nach einer oben wiedergegebenen Aeusserung der K. scheint sie sich bei ihren ältesten Kindern die nöthigen geschäftlichen Informationen geholt zu haben. In gewisser Beziehung gestattet einen Einblick in das Verhältniss zwischen der K. und ihren Kindern die folgende Stelle aus dem Brief der Tochter Bertha an ihre damals hier befindliche Mutter: „Liebe Mutter schreibt uns ob ihr noch mal zuhause kommen werdet oder nicht oder ob ihr bald sterben werdet am besten wär es es doch ihr würdet bald sterben. Das euch der liebe Gott von der Welt möchte nehmen das ihr erlöset würdet und wir auch ruhe bekommen würden, denn solange wie ihr lebt lässt euch der F. doch nicht raus aus dem Zuchthause, das hat er schon gesagt . . . .“

Neben diesem Schwachsinn besteht — seit wann, liess sich nicht ermitteln — ein Depressionszustand, der, wenn auch durch die Lage der Beschuldigten begründet, in Art und Stärke aus dem Normalen hinausgetreten ist.

Diese in der Anstalt beobachtete geistige Verfassung — Schwachsinn und Depressionszustand — muss als ein Zustand krankhafter Störung der Geistesthätigkeit, durch welchen die freie Willensbestimmung ausgeschlossen ist, bezeichnet werden. Höchstwahrscheinlich hat sich die K. bereits Anfang 1903 und am 27. August 1903, in welcher Zeit ihr die Verübung eines Betruges und die eines Meineides zur Last gelegt wird, in einem solchen Zustand befunden. Denn wenn auch, wie anzunehmen, die krankhafte affective Störung damals nicht vorhanden war, so bleibt doch der beträchtliche Schwachsinn. Sicher hat derselbe von Jugend auf bestanden, ist aber wahrscheinlich, solange alle Verhältnisse glatt lagen, der gewöhnlich nach dieser Richtung nicht scharfen Beobachtung entgangen, zumal eine gewisse auf den eigenen Vortheil bedachte Schlauheit sehr gut damit vereinbar ist.

Die in den Akten mehrfach notirte Auffassung der Zeugen, dass die K. eine gerissene Gaunerin sei, kann ich deshalb für die Beurtheilung der Beschuldigten nicht verwerthen, weil nicht festgestellt ist, wie weit der kriminelle Einfluss Anderer auf sie gereicht hat. Aus einem ihrer Täuschungsversuche geht sogar ihre grosse Kurzsichtigkeit deutlich hervor: nämlich als sie (Akten der Königl. Staatsanwaltschaft zu O., Blatt 72, Rückseite) den Darlehnskassen-Rendanten P. in I., höchst naiv unter Vorzeigung des ihrem Schwiegersohn von ihr ausgestellten Schuldscheins, um den Entwurf eines Kaufvertrages ersucht, dessen Datum ein früherer als dasjenige des Schuldscheins sein sollte.

Trotz alledem vermag ich mich bezüglich des Verhältnisses dieses ihr dauernd eigenen Schwachsinns zum § 51 des Reichsstrafgesetzbuchs nicht mit aller Bestimmtheit zu äussern, weil es nicht möglich war den Antheil zu präcisieren, welchen an der Gestaltung des gegenwärtigen Bildes die ganze Situation und der schon erwähnte Depressionszustand hatte. Auch die Lügenhaftigkeit der K. erschwerte es, Rückschlüsse zu machen. Andererseits war angesichts der



in den Acten vorhandenen, höchst summarischen Urtheile über die geistige Verfassung der Beschuldigten (cf. die oben citirte Aussage des Gemeindevorstehers) und die ohne Aufforderung erstattete Meinungsäusserung eines Fussgendarms vom 6. Mai 1904 über die Tragweite der angeblich der K. zugefügten Misshandlungen, auch zu wenig Aussicht vorhanden, für die ärztliche Begutachtung geeignete Momente durch entsprechend gerichtete Zeugenvernehmungen zu gewinnen. (Die Strafkammer stellte das Verfahren vorläufig ein, weil die K. nach der That in Geisteskrankheit verfallen ist.)

Meinem hochgeehrten Chef, Herrn Direktor Dr. Klinke, sage ich für die zur Veröffentlichung ertheilte Genehmigung meinen besten Dank.

Unfruchtbare Wissenschaft.

Von Dr. *Heinrich Stadelmann*, Nervenarzt in Dresden.

Die Ausbeute naturwissenschaftlichen Arbeitens der letzten zehn Jahre ist auf allen Gebieten eine enorme gewesen. Allein das Naturerkennen hätte nicht die bedeutenden Fortschritte gemacht, wenn nicht die einzelnen Zweige der Naturwissenschaft innige Fühlung mit einander genommen hätten.

Auf das Erkennen im Gebiete der Medicin hat beispielsweise in letzter Zeit die Lehre von den kolloïdalen Lösungen besonders befruchtend gewirkt; diese hat uns eine Vorstellung gegeben über Entstehung und gegenseitige Wirkung von Toxinen und Antitoxinen. Die Medicin ist heute durch ihre neu gewonnenen Thatsachen, die sie den Naturwissenschaften, insbesondere der Physik und der Chemie verdankt, gezwungen eine „Betriebspathologie“ der Zellularpathologie voranzustellen. Der Reiz, der eine Zelle trifft, ist eine Energie, die der Umwandlung in eine andere fähig ist und somit die verschiedensten Reaktionen in einem Organismus, einem grossen Komplex von Zellen, auslösen kann. Diese naturwissenschaftliche Erkenntniss ist für die Medicin von weittragendster Bedeutung geworden; sie bedingt eine neue Anschauungsweise über die Entstehung von Erkrankungen, eine neue Art der Diagnose und der Therapie. Die interne Medicin ist bereits daran, einem Wandel in der Anschauung hinsichtlich der Pathogenese sich unterziehen zu müssen; die interne Medicin hatte bisher am meisten zu thun mit dem Chemismus des Körpers. Die Biochemie ist heute der Boden, auf dem die interne Medicin zielbewusst wird arbeiten können. Aber nicht nur die Lehre vom Stoffwechsel des Organismus im nutritiven Aufbau und im Abbau, sowie in der Erhaltung und Vergiftung, hat durch die Uebertragung neuer naturwissenschaftlicher Methoden auf medicinisches Gebiet weite Ausblicke gewonnen; auch die Lehre vom Wachsthum der Zelle, von ihrer Entstehung und ihrer Veränderung hat durch Uebertragung analoger Vorgänge im Naturgeschehen an Erkennen gewonnen; der nächsten Zukunft ist es vorbehalten, die bioplastischen Wirkungen der Reize, der Energien kennen zu lernen. Manche Erkrankung, die vorher den Chirurgen beschäftigte, wie die Neubildung, wird dann in das Gebiet der internen Medicin mit der biochemischen Basis fallen. Die Nothwendigkeit des Zusammenarbeitens dieser Biochemie mit einer Biophysik geht aus dem gemeinsamen Arbeiten der Chemie und der Physik überhaupt hervor. Langsam zwar noch, weil neu und deshalb noch nicht allgemein bekannt, aber stetig brechen sich diese Anschauungen Bahn und führen die Medicin dem weiten Arbeitsfelde der modernen Naturwissenschaften zu. Nur ein Theil der Medicin ist es, der sich hartnäckig noch diesem einheitlichen Arbeiten verschliesst: die Psychiatrie.

Als es im vorigen Jahrhundert den Anschein hatte, dass eine Psychophysik eine naturwissenschaftliche Seelenlehre hervorbringen werde, trat eine Reaktion ein, indem eine vielversprechende physiologische Psychologie sich auf einen, wenn auch vielleicht nur methodologischen dualistischen Standpunkt stellte und so die Möglichkeit des Erstehens einer Psychologie vernichtete, die sich die Medicin zu Nutzen machen könnte. Gerade das, was der Psychiater für seine Zwecke hätte gebrauchen können, die Innerlichkeit des sich psychisch äussernden Menschen, liess diese Forschungsrichtung ausser acht und erklärte die Unmöglichkeit der Untersuchung einer psychischen Reihe, die einer untersuchbaren physischen parallel gehen sollte. Damit war der Psychiatrie trotz Anatomie der Eintritt in die Reihe der Disciplinen mit naturwissenschaftlicher Basis verlegt. Die exaktesten Messungen der vermeintlichen zweiten, der physischen Reihe, die sogenannten Ausdrucksbewegungen konnten wohl irgend welche Vorstellung über die nebenher laufende erste psychische Reihe aufkommen lassen und Schlüsse der allgemein-



sten Art ergeben; aber eine Vorstellung über die Bewegungsvorgänge, die von der Welt durch das menschliche Sinnesorgan zum Gehirn und von da wieder durch den Muskel zur Welt laufen und inzwischen mancherlei und mancherorts Reactionen bewirken, konnte aus solchen Messungsarbeiten nicht gewonnen werden. Einem Erkennen im Sinne des Zurückführens unbekannter Werthe auf bekannte Werthe war also nicht gedient. Der unbekannte Werth blieb stehen. Vereinzeltes chemisches Arbeiten auf psychiatrischem Gebiet hat keinen Wandel in der Grundanschauung gebracht. Diese Psychologie fügt sich nicht in das einheitliche naturwissenschaftliche Denken. Deshalb kann sie auch nicht dem Mediciner für seine Zwecke dienen, der doch sehr psychologische Kenntnisse nothwendig hätte.

Vorurtheil und Gewohnheit und unfruchtbare Grübeleien haben ihr Nöthiges gethan, die Stellung einer Biopsychologie neben einer Biochemie und Bioplastik zu verhindern. Die introspective Psychologie ermöglicht in Begriffen eine symbolische Wiedergabe der biopsychischen Vorgänge im Menschen.

Viele Ausblicke würden sich für eine Reihe von Wissenschaften ergeben, wenn die Psychologie mehr Fühlung gewänne mit den exakten Naturwissenschaften und ihren Methoden, hinsichtlich der Psychologie des Individuums für eine Aesthetik und Ethik, in Bezug auf die Summe der Individuen für eine Sociologie und Ethnologie, für eine Menschheitspsychologie. Aber die rein naturwissenschaftliche Psychologie fordert, dass dem psychischen Menschen nicht eine Ausnahmestellung eingeräumt wird von der Reihe der weltlichen Phänomene. Dazu hat sie ein Recht. Der Entwicklungsgedanke hat uns bis zum Menschen geführt und ihn als Product vorausgegangener Ereignisse hingestellt; die Physiologie hat erwiesen, dass der Mensch mit seinen Sinnen und folglich auch psychisch von der gleichen Welt weiterhin erhalten wird, aus der heraus er geworden ist.

Giebt es etwas, was jenseits unserer Sinne liegt, dann ist es wissenschaftlich werthlos, darüber zu grübeln; denn was nicht aus dem Gleichen ist, aus dem unsere Sinne gekommen sind, ist diesen Sinnen nie zugänglich; die Elemente der uns bekannten Welt sind die nämlichen in uns und ausserhalb unserer Sinnesorgane. Es lassen sich alle Energien auf eine einheitliche zurückführen; nur eine verschiedenfache Bewegungsweise lässt sie als verschiedene erscheinen.

Eine naturwissenschaftliche Psychologie spricht nicht von der Unmöglichkeit einer Existenz, die mit den Sinnen nicht zu erfassen ist, und somit auch nicht mit dem Denken; allein sie fordert, dass das Erfassbare auch mit Hülfe der Methoden und Anschauungen erfasst wird, die das Weltgeschehen analysiren.

Darin liegt die Nothwendigkeit des einheitlichen Arbeitsfeldes einer Psychologie mit den Naturwissenschaften für sich und für die anderen von ihr abhängigen Wissenschaften. Jede Speculation über das Sinnliche hinaus, sowie das Operiren mit den durch sie gewonnenen Abstractionen, ist unfruchtbar als Wissenschaft.

Videant consules!

Von *Konrad Alt.*

(Schluss.)

Zur Heranziehung eines ausreichenden irrenärztlichen Nachwuchses sind mit an erster Stelle auch die psychiatrischen Universitäts-Kliniken berufen, wo am ehesten den entsprechend gearteten angehenden Medicinern Interesse und Verständniss für dieses Sonderfach, für seine praktische Bedeutung und Ausübung eingeflösst werden kann. Als im Herbst 1884 der jetzige Medicinal-Referent im bayerischen Ministerium, Herr Geh. Ober-Medicinalrath Grashey, in Würzburg die Professur für Psychiatrie übernahm, welche damals bekanntlich noch nicht obligatorisches Fach war, besuchten anfänglich nur wenig Mediciner seine Vorlesung und Klinik, und die Liste der Praktikanten wies Monate hindurch nur vier Namen auf. Aber von diesen vier ersten Praktikanten Grashey's sind drei Berufspsychiater geworden, Dr. Ranke, der leitende Arzt der rühmlich bekannten Privatheil-Anstalt Obersendling bei München, Dr. Herzfeld, Director der Königlichen Heil- und Pflege-Anstalt Ansbach und ich. So oft ich in späteren Jahren einem dieser beiden einstigen Mitpraktikanten begegnete, mit denen ich mich eins weiss in begeisterter Hingabe an das von uns erwählte Specialfach, haben wir stets dankbar die Erinnerung an unsere Eindrücke aus der Grashey'schen Klinik wachgerufen, durch welche in uns der Wunsch und Entschluss gereift war, die Psychiatrie zum Lebensberuf zu erwählen. Wer wollte den Einfluss verkennen, welchen der Besuch der Grashey'schen Klinik bei der Wahl unseres Lebenswegs ausgeübt hat? Man



sollte meinen, nachdem jetzt an allen deutschen Universitäten psychiatrische Kliniken entstanden und durch die Erhebung der Psychiatrie zum obligatorischen Fach alle Mediciner zum Besuche dieser Kliniken verpflichtet sind, müsste auch die Zahl der Aerzte zunehmen, welche diesem Sonderfach zusteuern. Das ist leider durchaus nicht der Fall. Gewiss wird auch in die Studentenkreise durchgesickert und durch die immer wiederkehrenden Assistenzarztausschreibungen der Verdacht rege geworden sein, welch' ungewisse Aussicht auf baldige feste Anstellung und geregeltes Weiterkommen, welche kärgliche Entlohnung und geringe Anerkennung dem Irrenarzt für seine mühselige, entsagungheischende, viel verkannte Arbeit geboten wird, sodass erst nach Abstellung dieser offenkundigen Missstände endgültige Abhülfe zu hoffen ist. Mir scheint aber auch der Umstand nicht unerheblich zu sein, dass an manchen unserer psychiatrischen Kliniken zu einseitig Diagnostik getrieben und darüber die Therapie allzu sehr vernachlässigt wird. Wenn ein Student in der Klinik wochenlang kaum ein Wort über Art und Werth der allgemeinen und speciellen Behandlung hört, wenn aus den Worten seines als Forscher hochverehrten Lehrers überall der therapeutische Nihilismus hervorlugt und das stumme Bekenntniss, dass die einzelnen Phasen der endogenen Psychosen — und als solche werden ja ausser der Paralyse, der chronischen Alkoholvergiftung, der traumatischen und einiger seltenen sonstigen Geistesstörungen so ziemlich alle angesprochen — ob mit ob ohne ärztliches Zuthun in gleicher Weise kommen und ablaufen, wie soll da in ihm der Wunsch rege werden, einer so verlorenen Sache seine Lebensarbeit zu weihen? Es wäre gewiss auch für die Ergänzung des psychiatrischen Nachwuchses nicht ohne Belang, wenn eine regere Fühlung bestände zwischen den meist kleinen und für manche Behandlungsmethoden wenig günstig gelegenen Kliniken und den grossen, mannigfaltig und zweckmässig ausgestatteten Anstalten, wo vielfach noch beachtenswerthe Besserungen und selbst Heilungen erzielt werden in Fällen, die bei der klinischen Vorstellung so gut wie aussichtslos erschienen. Wie anregend und anschaulich wäre es, wenn wenigstens einmal im Semester der wundersame Mechanismus einer grossen Anstalt den Studenten vorgeführt und eine rechte Vorstellung davon verschafft würde, welche Opfer an Geld und Menschenliebe dort in den Dienst werkfreudiger Barmherzigkeit gestellt sind. Dass bei solchen Besichtigungen die Katamnese mancher in der Klinik gesehenen Fälle in überzeugender Form zu ihrem Rechte käme, bedarf kaum der Erwähnung. Wie empfänglich und dankbar würden gewiss auch die Anstaltsärzte sein, wenn ihnen auf diese Weise von Zeit zu Zeit einmal in ihrer ablegenen Wirksamkeit ein anregendes, ermunterndes und belehrendes Zusammensein mit ihren Collegen von der Klinik beschieden wäre, deren vielfach so andersartiges Auffassen, Schaffen und Forschen ihnen nur aus Veröffentlichungen bekannt ist. Und wer bedürfte mehr der Anspornung und des Schutzes gegen Einseitigkeit wie der Anstaltsarzt, dessen Beruf so mancherlei Unannehmlichkeiten und Gefahren, aber nur wenig freudige Eindrücke mit sich bringt, der in seinem meist abgelegenen Wirkungsort so selten Gelegenheit hat, mit Collegen anderer Disciplinen und überhaupt mit gesunden, gebildeten Menschen in Berührung zu kommen! Dabei jahraus, jahrein der gleiche Dienst, an Sonn- und Feiertagen noch länger und unangenehmer wie an Werktagen, weil dann die Angehörigen in grösserer Zahl zu Besuche kommen, den Aerzten mit vielen Fragen nahen, und meistens weniger Dankbarkeit und Vertrauen als unverhohlenste Unzufriedenheit bekunden. Wie oft hört und gebraucht man den wohlberechtigten Seufzer: Mit den Kranken umzugehn ist leicht, um so schwerer aber mit ihren Angehörigen.

Nachdem in vielen neueren Anstalten durchgeführt ist, dass jede Pflegeperson den dritten Sonn- oder Feiertag vollkommen dienstfrei ist, dürfte die Forderung vollauf berechtigt sein, dass auch der Anstaltsarzt die gleiche Vergünstigung beansprucht. Es ist gewiss im Vergleich zu der Dienstfreiheit anderer akademischer Berufsarten, z. B. der Oberlehrer, welche ihren Beruf ja als so besonders aufreibend bezeichnen, kein unbescheidenes Verlangen, wenn der Irrenarzt den Wunsch und das Bedürfniss hat, alle drei Wochen einmal von Samstag Abend bis Montag früh frei über sich zu schalten, ohne erst einen Urlaub erbitten zu müssen. Dieser gewiss berechtigte Wunsch könnte allerwärts ohne besondere Schwierigkeiten verwirklicht werden, vorausgesetzt, dass nicht, wie das jetzt leider an vielen Anstalten der Fall ist, ständig mehrere Vakanzen bestehen. Auch grössere Erholungsurlaube, als sie jetzt gängig sind, müssen namentlich den älteren Aerzten an den abgelegenen Anstalten gewährt werden, wo niemals Gelegenheit geboten ist ein gutes Theater, Concert oder einen Vortrag zu hören. Es ist nichts mehr als ein Akt ausgleichender Gerechtigkeit, wenn die an einsam gelegenen Anstalten wirkenden Aerzte durch Gewährung besonderer Urlaube und Funktionszulagen in Stand gesetzt werden, von Zeit zu Zeit die Centren menschlicher



Cultur aufzusuchen und sich und ihre Angehörigen dort neu zu stärken für die lange Zeit der Einsamkeit und Entbehrung geistiger Genüsse. Dass den Aerzten der ablegenen Anstalten auch in ganz anderem Maasse die öftere Theilnahme an Fortbildungskursen pp. Noth thut, wie ihren, vor den Thoren einer Grossstadt oder gar einer Hochschule wohnenden Collegen, welche dort in den medicinischen Gesellschaften, wissenschaftlichen Vereinigungen, Krankenhäusern etc. jederzeit bequeme Gelegenheit haben, ihr medicinisches und allgemeines Wissen zu ergänzen, bedarf keiner weiteren Worte.

Es sollte überhaupt mit der Unsitte gebrochen werden, für die Anstalten abgelegene Gegenden und Orte auszuwählen. Wie schon Köppe im Jahre 1875 in seinem Bericht über eine neu zu erbauende Irrenanstalt hervorhebt „verlangt der Organismus einer Irrenanstalt einen möglichst directen Anschluss an eine grosse Stadt; diese muss geistige und materielle Bedürfnisse in bequemster und zweckmässigster Weise liefern können." Dieser von dem erfahrenen Meister der Psychiatrie so bestimmt und treffend gefasste Satz hat heute erst recht vollste Gültigkeit, nachdem die meisten Anstalten zu einer Grösse ausgewachsen sind, die Griesinger und Köppe nie geahnt haben und niemals gutgeheissen hätten.

Es darf nicht verschwiegen werden, dasss das aus dem Gesichtspunkt vermeintlicher aber durchaus nicht erwiesener Verbilligung entsprungene System nur sehr grosse Anstalten zu bauen, dadurch eine verhängnissvolle Schädigung der Psychiatrie bedingt, dass die Zahl der selbständigen Stellen im Verhältniss zu der Aerztezahl immer ungünstiger verschoben wird. Es besteht die Gefahr, dass gerade die tüchtigsten Aerzte der öffentlichen Anstaltslaufbahn entsagen oder dort mit steigender Unzufriedenheit dienen, wenn weiterhin noch mehr die Zahl der Directoren verhältnissmässig geringer wird. Wird einwandfrei bewiesen, dass eine so weit getriebene Centralisirung des Wirthschaftsbetriebes in der That die behauptete Ersparniss und Vereinfachung für die Aufsichtsbehörden bedeutet, so gehe man — wie das ja Berlin in gewissem Sinne plant — einen Schritt weiter, schaffe Wirthschafts- und Verwaltungscentralen (Fleischerei, Bäckerei, Licht- und Kraftanlage, Wasserversorgung, Abwässerung, Kasse, Bauamt, Apotheke, Hygienestation etc.) für ein paar Tausend Kranke und gliedere in radialen Abständen von je etwa einer viertel bis einer halben Stunde eine Anzahl besonderer Anstalten mit 500—600 Betten unter je einem Director und zwei Oberärzten. Küche und Wäscherei dürfte schon im Interesse der Beschäftigung der Kranken nicht centralisirt, müsste den einzelnen Anstalten überlassen werden. Um die Wirthschaftscentrale könnten die Wohnungen der Beamten und Angestellten, Schulen für deren Kinder etc. gruppirt werden. Auf die Weise würde die Einheitlichkeit der Leitung und ärztlichen Oberaufsicht in den einzelnen Anstalten gewahrt, die Zahl der selbständigen Stellen in erwünschter Weise vermehrt, eine Entlastung der Directoren von Verwaltungsballast erzielt und gleichwohl der erträumte Vortheil der Centralisirung des Wirthschaftsbetriebes ermöglicht werden. So wie es jetzt geschieht, fortgesetzt die Anstalten erweitern und grösser planen unter einem einzigen Director, der für den ganzen Wirthschafts- und Verwaltungsbetrieb, namentlich aber auch gleichzeitig für die ärztliche Oberleitung verantwortlich sein soll, kann die Centralisirung unmöglich weiter gehen.

Gespart wird bei dem jetzigen Erweiterungssystem nur an einer Stelle, dem Director-Gehalt, das heute an den Riesenanstalten kaum grösser ist als zu Zeiten, wo die Anstalten nur 400—500 Kranke hatten. An den meisten anderen Titeln wird mangels genügender Einheitlichkeit und Uebersichtlichkeit mehr ausgegeben wie erspart. Wenn in grösseren Provinzen und Staaten der Gründung solcher Fürsorge- und Wohlfahrtsstädte näher getreten werden sollte, so beschränke man sich nicht auf das Zusammenlegen der Anstalten für Kranksinnige, sondern gliedere in losem Abstand den Wirthschaftscentralen auch die übrigen Wohlfahrtseinrichtungen, Taubstummen- und Blindenanstalten, Säuglings- und Altersheime, Lungenheilstätte und vor allem eine Nervenheilstätte an. Auf die Weise würde eine vielseitigere Ausbildung und Verwendung der Anstaltsärzte und des Pflegepersonals ermöglicht und überdies eine Bildungsstätte für ärztliche Fortbildung und Krankenpflege geschaffen werden.

Nach meiner Auffassung wird durch so weitgehende Centralisirung, der unzweifelhaft auch viele Nachtheile anhaften, ebensowenig Verbilligung erzielt, wie durch das jetzige System der ungehörigen Anstaltsvergrösserung.

Ich halte an der schon öfters ausgesprochenen Ansicht fest, dass Anstalten mit einer Belegstärke von 5—600 Kranken die besten und billigsten sind, dass aber eine obere Anstaltsgrösse von höchstens 800 Betten eben noch zulässig ist, falls gleich bei der Neuanlage auf die nothwendig werdende Decentralisation Bedacht genommen wird. Mit jeder Anstalt, die nahe einer Grossstadt gelegen sein muss, verbinde man eine Nerven-



poliklinik und eine, wenn auch nur kleine offene Nervenheilstätte. Dadurch begegnet man am wirksamsten der Gefahr, dass die Psychiater allzu einseitig Psychologen werden und den Zusammenhang mit der somatischen Medicin verlieren, dass sie sich nur auf ihre eigene suggestive Kraft verlassen und darüber die Anwendung bewährter diätetischer, physikalischer und medicamentöser Heilmittel verabsäumen. Die innere Medicin ist und bleibt die Mutter der Psychiatrie, ihre erprobten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden kann der Psychiater über der psychologischen Analyse und psychischen Behandlung nicht entbehren Darum muss bei den Fortbildungskursen, an welchen jeder Psychiater wenigstens alle drei Jahre theilnehmen sollte, stets die innere Medicin Hauptfach sein; darum wäre es erwünscht, wenn für die Psychiatrie auch solche Herren gewonnen werden, die vordem in medicinischen Kliniken und Krankenabtheilungen Assistenten gewesen sind. Das wird allerdingst erst dann der Fall sein, wenn die psychiatrische Laufbahn ganz andere Aussichten bietet als das heute der Fall ist, wenn von den berufenen Stellen die zur Erzielung eines besseren psychiatrischen Nachwuchses länger nicht mehr entbehrlichen wirthschaftlichen und idealen Aufbesserungen baldmöglichst verwirklicht werden.

Das Militärpensionsgesetz von 1871 bestimmt, dass jedem Officier und im Officierrang stehenden Militärarzt für die Theilnahme an einem Feldzug zu der Dienstzeit ein Jahr besonders zu berechnet werde, und dass für die Marine die Fahrtzeit in ausländischen Gewässern doppelt zähle. Dieser Bestimmung liegt die Vorstellung zu Grunde, dass entsprechend dem stärkeren Verschleiss die Dienstfähigkeit nicht so lange vorhalte, wie das unter gewöhnlichen Verhältnissen erfahrungsgemäss zu erwarten sei. Kein Kundiger zweifelt, dass die irrenärztliche Thätigkeit in ungleich höherem Maase als dies in anderen Beamtenklassen der Fall zu sein pflegt, den Menschen verschleisst. Wäre es da nicht billig, dem Irrenarzt nach 25-jähriger statt nach 35jähriger Thätigkeit die Höchstpension zuzuerkennen, zumal seine Dienstzeit frühestens von der Approbation an — also jetzt etwa vom 27. Lebensjahr — berechnet wird, während für den Juristen das in weit früheren Jahren abgelegte Referendarexamen zu Grunde gelegt wird?

Die Zahl der Irrenärzte, welche 35 Jahre vollkommen dienstfähig sind, ist sicher sehr gering. Auch die Forderung dürfte nicht unberechtigt sein, dass bei Tod oder Verstümmelung durch einen direct im Beruf erlittenen Unfall nicht erst im Wege des Gnadengesuches sondern Kraft gesetzlicher Regelung den Hinterbliebenen oder dem Invaliden höhere Pension bezw. eine besondere Verstümmelungszulage zusteht. Leider ist der Beruf des Irrenarztes so gefahrvoll, dass für den Fall derartiger erschütternder Vorkommnisse, wie sie leider jedem älteren Psychiater aus seinem Freundeskreise genügend bekannt sind, durch eine ausreichende Relictenversorgung wenigstens die Verhütung materieller Noth gesetzlich vorgesehen werden muss. Das Ueberhandnehmen der verbrecherischen Elemente in den Anstalten, wo man leider die durch irgend einen Defect gegen Bestrafung gefeite Elite der einstigen Zwangszöglinge, Zuhälter, Hochstapler und Zuchthäusler zu Dutzenden antrifft, hat die an sich schon gefährliche Berufsthätigkeit der Irrenärzte und namentlich der Directoren in die allerhöchste Gefahrenklasse gerückt und überdies noch das Damoklesschwert der Haftung für etwa durch Entwichene entstandenen Schaden über sie verhängt.

Ueberhaupt wird die Mithilfe und Verantwortlichkeit des Psychiaters bei Handhabung der Wohlfahrts- und Fürsorgegesetze, in Fragen der Rechtsprechung auf zivilrechtlichem wie strafrechtlichem Gebiet, der öffentlichen Sicherheit etc. in ausgedehntestem Maasse in Anspruch genommen. Da ist es zu verwundern, dass in dem grössten deutschen Bundesstaat, in Preussen, zur Hebung des Ansehens dieses wichtigen Standes nichts geschieht. Der Irrenarzt der alle Unannehmlichkeiten des beamteten Arztes in erhöhtem Maasse mitzutragen hat, steht in Preussen in Bezug auf Rang und Titel hinter den anderen, den staatlichen beamteten Aerzten zurück. Den älteren Oberärzten und den Directoren wird in Preussen als „Beförderung" der Titel Sanitätsrath verliehen, den Kreis- und Gerichtsärzten der „Medizinalrath". In anderen Staaten ist es anders; so z. B. wird im Königreich Sachsen mit der Ernennung zum Director gleichzeitig der Charakter als Medizinalrath verliehen. Die Directoren der meisten Bundesstaaten sind Geheime Medizinalräthe, Obermedizinalräthe etc. zu einer Zeit, wo ihre Collegen in Preussen zum „Sanitätsrath" befördert werden. Ein Titel soll nicht nur eine den Träger erfreuende und anspornende Ehrung sein, sondern zugleich der Wirksamkeit und dem Stande des Ausgezeichneten in den Augen der näheren und weiteren Umgebung die gebührende Anerkennung und Würdigung verleihen. Ist diese Ansicht über Bedeutung und Zweck der Titelverleihung richtig, dann kann es nicht gutgeheissen werden, wenn die Stellung der Anstaltsdirectoren in den Augen des Publikums unter die der Kreisärzte herabgemindert wird. Wenn die bestehenden Bestimmungen nicht



die gleiche Ehrung, wie sie den Kreisärzten und Gerichtsärzten zu Theil wird, für die Psychiater in leitenden und verantwortlichsten Stellen ermöglichen, dann müssen eben andere Bestimmungen erlassen werden. Auch die Staatsregierung hat das grösste Interesse daran, dass der psychiatrische Nachwuchs wieder besser wird als das jetzt der Fall ist.

Alljährlich werden in Deutschland Hunderte von Millionen aus öffentlichen Mitteln für die Kranksinnigen ausgegeben; es gilt, alle Hebel in Bewegung zu setzen der weiteren Zunahme der psychisch Kranken Einhalt zu thun, weil sonst die Gefahr besteht, dass andere Kulturaufgaben zurückbleiben, da die öffentliche Fürsorge zuviel Mittel verschlingt. Da ist es doch gewiss Pflicht aller betheiligten Stellen ernsthaft dafür zu sorgen, dass ausreichender Nachwuchs des Standes geschaffen wird, der an erster Stelle eine zeitgemässe Behandlung und Pflege der Kranksinnigen gewährleistet und am meisten berufen ist die Aufgaben einer wirksamen Prophylaxe zur Minderung der Geisteskranken und Entarteten zu lösen. Jetzt ist dieser Nachwuchs nach allgemeinem Zugeständniss ganz und gar unzureichend; daher ist es gewiss angebracht zu rufen:

Videant consules!

Mittheilungen.

Referate.

— Wissenschaftliche Beilage zum 16. Jahresbericht (1903) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität Wien. (Leipzig 1903. Kommissionsverlag von J. A. Barth.)

In einer aus 4 Vorträgen bestehenden, über das „Wesen der Begriffe" betitelten Abhandlung spricht Twardowski als erster „über begriffliche Vorstellungen". Sein 1. Capitel ist den anschaulichen und unanschaulichen Vorstellungen gewidmet. Kommt es zu ersteren, so besteht die Reihe der psychischen Thätigkeiten aus 3 Gliedern, I. der Substratvorstellung (z. B. schwarze Schultafel), II. der an der Substratvorstellung vorgenommenen Veränderung (die Vorstellung, dass die Schultafel etwa die Farbe einer rothen Kugel hat) und III. der als Resultat erscheinenden ausschliesslichen Vorstellung (rothe Schultafel). Kommt es zu keiner anschaulichen Vorstellung, dann spielen sich nur die Substratvorstellung (z. B. elliptischer Rasenplatz) und die an ihm vorgenommene Veränderung ab (elliptischer und zugleich viereckiger Rasenplatz).

Das 2. Capitel enthält eine analytische Betrachtung des 2. Gliedes, mit dem, wie wir wissen, der eine menschliche Vorstellung konstituirende psychische Process seinen Abschluss findet.

Im 3. Abschnitt giebt Twardowski eine näher begründete Definition der unanschaulichen-begrifflichen Vorstellungen oder kurz des Begriffes im weitesten Sinne. Sie lautet: Eine begriffliche Vorstellung ist eine solche Vorstellung eines Gegenstandes, die aus der (Substrat-) Vorstellung eines jenem Gegenstande ähnlichen Gegenstandes und aus den Vorstellungen von auf jenen ähnlichen Gegenstand bezüglichen Urtheilen besteht.

Im nächsten Abschnitt nennt Verf. die Sprache und das dank derselben mögliche symbolische und hemisymbolische Denken als ein Hülfsmittel des menschlichen Denkens, wodurch der Vorwurf, dass die Ansicht vom Wesen der unanschaulichen Vorstellungen, Unmögliches verlange, beseitigt wird. Die Merkmale, die für sich allein abstract vorgestellt werden, also den Gegenstand analytischer Begriffe bilden, haben bekanntlich ihre besonderen Namen; man spricht von der Viereckigkeit, dem Roth, der Gestalt, der Farbe dieses oder jenes Gegenstandes. Weiter spricht Verf. noch über die sogenannten „logischen Begriffe", d. s. Begriffe, deren Inhalt in eindeutiger Weise bestimmt ist. Der Inhalt eines Begriffes wird fixirt durch die Definition und gebildet durch die Substratvorstellung und die vorgestellten Urtheile über den Gegenstand der Substratvorstellung. Die Definition muss aber beides enthalten. Zum Schluss geht Twardowski auf das Verhältniss der hier vorgetragenen Ansicht zu verschiedenen anderen Begriffstheorien ein, die das Urtheil in entscheidender Weise zur Erklärung des Wesens der Begriffe heranziehen und kritisirt sie. Diese Lehren lassen sich in 3 Kategorien sondern.

Die 1. erblickt in den Begriffen geradezu Urtheile (wie Schuppe, Erdmann). Die 2. Kategorie sieht die Begriffe als Resultate, Ergebnisse von Urtheilen an (Bergmann, Jerusalem, Wundt.) Die 3. Richtung von Ansichten über den Begriff ist dadurch characterisirt, dass in ihnen der Begriff irgendwie als potentielles Urtheil oder als eine Reihe potentieller Urtheile gefasst erscheint. (Rickert, Lipps, Bosanquet, Ribot.)

Der II. Vortrag: „Ueber Philosophie als Begriffswissenschaft" von Dr. Richard Krelik, Ritter von Meyrswalden fordert als einzigen und rechtmässigen Stoff der Philosophie „die Begriffe".

Die Bedeutung des Begriffes entwickelt sich schon in der Vorstufe der Sprachbildung. Wenn aber die Sprache beweist, dass die begriffliche Bearbeitung der Erscheinungswelt aus der Natur der Sache selbst hervorgeht, so giebt sie auch der Ueberzeugung, dass die Begriffe etwas Wesenhaftes und Wirkliches sind, dadurch Ausdruck, dass sie sie personificirt, ihnen ein persönliches Geschlecht beilegt. Das bildet den Uebergang zum Mythos. Zwischen Sprache, Mythos und Philosophie schiebt sich noch die Kunst ein, die Typen schafft.

Aus diesen Keimen ist die Begriffsphilosophie hervorgegangen. Verf. giebt nun einen historischen



Ueberblick der Geschichte der Philosophie und ihres Inhaltes von Anatimenda bis in die Neuzeit.

Zum Schluss fordert er für die Philosophie auch einen „allgemeinen Theil", wie sie die Botanik oder Zoologie hat. Dieser zerfällt I. in Morphologie des Begriffsreichs, II. in Anatomie der Begriffe und III. in formelle Logik (Physiologie der Begriffe.) Dann kommt die Kategorienlehre im engeren Sinn, ein Theil der zum Vorhergehenden im Verhältniss des Besonderen, zum Folgenden im Verhältniss des Allgemeinen steht. Man unterscheidet Kategorie der Substanz, der Action, der Passion, der Reflexion, der Quantität, der Qualität, der Relation, des Raumes, der Zeit, der Materie. Die Kategorie der Substanz steht eigentlich noch ausserhalb der eigentlichen Kategorien, die sich erst aus ihr entwickeln (vergl. des Verf.'s Weltwissenschaft S. 10 f.).

Im 3. Vortrag: „Ueber die Natur der Begriffe" von Dr. Clemens Kreibig giebt Verf. zuerst eine historische Skizze über die Frage: „Was ist ein Begriff?" Der 2. Theil behandelt den Begriff als denkökonomisches Gebilde.

Das Ergebniss seiner Untersuchungen fasst Verf. in den Satz zusammen: „Unter einem Begriff überhaupt ist eine unanschauliche Vorstellung mit einer denkökonomisch gewählten Besonderung der Merkmale zu verstehen. Wissenschaftliche Begriffe sind an relativ konstante Symbole (Zeichen, Worte, Formeln) gebunden.

Der 4. Vortrag: „Ueber die Elemente des Bewusstseins" von Dr. Robert von Sterneck enthält als wesentlichsten Satz über die Theorie der Bewusstseinselemente das Folgende: Die sämmtlichen zeitlichen Beziehungen oder Reactionen eines physischen Thatbestandes mit den psychischen Thatbeständen zu anderen Zeitpunkten definiren die Elemente derselben; derart, dass wir von zwei psychischen Thatbeständen, die miteinander in Wechselwirkung treten, sagen, sie hätten gemeinsame Elemente, von solchen hingegen, die nicht in Wechselwirkung treten, sagen, sie seien inhaltlich verschieden.

Der Theorie liegt 1. die Voraussetzung zu Grunde, dass die psychischen Phänomene ein Element aufweisen, das wir als „zeitliches" bezeichnen und das zur Folge hat, dass wir von einer „Aufeinanderfolge" der psychischen Phänomene sprechen oder anders: In jedem Zeitmomente haben wir einen bestimmten psychischen Thatbestand.

Eine 2. grundlegende Voraussetzung ist die, dass zwischen den psychischen Thatbeständen irgendwelche Verknüpfungen, Verbindungen, Reactionen stattfinden, diese Phänomene also nicht von einander unabhängig sind, sondern in irgend einer Weise mit einander in Wechselwirkung treten (Erinnerung).

Die wissenschaftliche Beilage zum 16. Jahresbericht (1903) der Philosophischen Gesellschaft an der Universität Wien, enthält dann noch 3 interessante Vorträge: Ueber die Axiome der Geometrie von Dr. A. Gerschl, die Natur- und Kulturwissenschaft von Dr. Adolf Menzel und über die Beeinflussung subjectiver Gesichtsempfindungen von Dr. Nebentschitsch, auf die hier kurz hingewiesen sei.

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Archiv f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten 40. Bd. 1. Heft.

Gierlich-Wiesbaden: Ueber periodische Paranoia und die Entstehung der paranoischen Wahnideen.

Mittheilung von drei Krankengeschichten, aus denen Verf. folgert, dass es Fälle giebt, die unter dem Bild der Paranoia verlaufen, zur Ausbildung eines systematisirten Verfolgungswahnes gelangen, mit grosser Zornmüthigkeit, ohne heitere und traurige Affecte, bei freiem Sensorium mehrere Wochen andauern, und dann ziemlich schnell in volle Krankheitseinsicht übergehen, mit der Neigung zur periodischen Wiederkehr. Die Prognose ist in Bezug auf den einzelnen Anfall günstig, bezüglich der Wiederkehr derselben ungünstig. Bei der Entstehung der paranoischen Wahnideen sind weder Störungen des Verstandes noch Affecte allein als das Primäre anzusehen, vielmehr handelt es sich um eine Combination von beiden.

Westphal-Bonn: Ueber „apoplectiforme Neuritis" („Neuritis apoplectica").

Bei einer an seniler Melancholie erkrankten Frau entstand im Anschluss an eine doppelseitige Pneumonie nach Ablauf des Fiebers und nach Rückgang der physikalischen Erscheinungen ein deliriöser Verwirrtheitszustand, auf dessen Höhe in acutester Weise, nach Art einer Apoplexie eine complete schlaffe Lähmung des rechten Armes auftrat. Als anatomische Grundlage wurde eine schwere parenchymatöse Neuritis der grossen Nervenstämme des rechten Armes nachgewiesen.

— Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. 40. Bd. 2. Heft.

Kölpin-Greifswald: Haematomyelie und Syringomyelie (Ein Beitrag zur Pathogenese der Syringomyelie).

Ausführliche Mittheilung eines Falles, in welchem Syringomyelie mit recidivirender Melancholie combinirt war. Nach Ansicht des Verf. war die Syringomyelie aus einer Haematomyelie entstanden.

Donath-Budapest: Zur Psychopathologie der sexuellen Perversionen.

Es handelt sich um einen in der Vorstellung sich abspielenden (also ideellen) Fall von Masochismus, der mit sadistischen Anwandlungen combinirt war. Der coitus wurde immer auf natürlichem Wege vollzogen. Beim Anblick einer Züchtigung im 10. Lebensjahr war bereits ein unbekanntes, dunkles Gefühl wollüstiger Erregung entstanden.

Lomer-Neustadt (Holstein): Beobachtungen über farbiges Hören (Auditio colorata).

Durch drei Generationen hindurch konnte Verf. in einer Familie das farbige Hören beobachten. Er fasst dasselbe als accidentelles Syndrom einer gewissen Intelligenzhöhe auf und glaubt, dass es an sich nichts Pathologisches bedeutet, wohl aber in Einzelfällen eine Begleiterscheinung des Niederganges sein kann. Zwischen den Schwingungszahlen der Vokale und den



Schwingungszahlen der einzelnen Farben bestehen bestimmte, noch näher aufzuklärende Beziehungen.

— Ueber den physiologischen Schwachsinn des Weibes. Von Dr. P. J. Möbius. 7. Auflage. C. Marhold, Halle a. S. 1905. Pr. 1,50 M.

Die eigentliche Abhandlung umfasst nur 24 Seiten, in der neuesten Auflage ist der Umfang der Brochure bereits auf 140 Seiten angewachsen. Bedingt ist diese Vermehrung durch sehr werthvolle Erläuterungen, welche Verf. im Laufe der Zeit hinzugefügt hat und durch eine Auswahl von zustimmenden und gegnerischen Besprechungen und Briefen. Die Fundamentalsätze der Arbeit sind durch unumstössliches Beweismaterial gestützt, im allgemeinen ist aber Verf. in der Beurtheilung der Eigenschaften des Weibes nicht immer gerecht und die Wahl der Ausdrücke wird vielfach nicht ohne Grund als verletzend empfunden. Die an Möbius gerichteten Damenbriefe sind geeignet für ihn zu sprechen, mögen sie nun das pathognomonische Postscriptum tragen, oder mögen sie ihre „Gedanken" in urwüchsiger Grobheit äussern.

— Manheimer-Gommes, The abnormal children in Italy. The Journ. of mental pathology. Vol. V. 1903. No. 2—3. S. 66.

Die Zahl der schwachbegabten Kinder in Italien wird auf 20000 geschätzt (nicht eingerechnet Idioten und Epileptiker). Es existiren für dieselben sowohl staatliche wie private Schulen. Erstere sind verbunden mit den Irrenanstalten in Rom, Sienna und Reggio-Emilia. Die erste private Schule wurde 1899 gegründet. Es bestehen jetzt zur Förderung dieser Schulen ungefähr 14 Vereine, die sich aus Psychiatern, Lehrern und Laien zusammensetzen. Besonders wichtig ist, dass auch ein Institut besteht, in welchem Lehrer und Erzieher für schwachbegabte Kinder ausgebildet werden. Diese Anstalt ist von Frl. Dr. Montessori in Rom begründet worden, die in Gemeinschaft mit einer Reihe von Psychiatern den Unterricht abhält. Diese Schule wird wahrscheinlich in nächster Zeit vom Staate übernommen werden. Schütte (Osnabrück).

— Die Erkrankungen des Rückenmarkes und der Medulla oblongata. Von Geh. Med.-Rath Prof. Dr. E. v. Leyden und Geh. Med.-Rath Dr. A. Goldscheider, Berlin. III. Medulla oblongata. 2. Aufl. Wien 1905. Verlag von Alfred Hölder. 84 S. 2,50 M.

Der vorliegende III. Theil des Leyden-Goldscheiderschen Werkes bietet eine erschöpfende Darstellung der hauptsächlich erst durch die Forschungen der letzten Jahrzehnte bekannt gewordenen Erkrankungsformen der Medulla oblongata. Es werden nacheinander besprochen die chronische und die acute Bulbärparalyse, die Bulbärparalyse ohne anatomischen Befund, die Pseudobulbärparalyse, die Erkrankungen der Augenmuskelkernregion und die recidivirende Oculomotoriuslähmung. — Das Werk zeichnet sich durch eine klare und präcise Ausdrucksweise aus; es bietet gute, das Verständniss erleichternde Abbildungen zumeist pathologisch-anatomischer Art und fasst die neuesten Forschungen auf diesem schwierigen Gebiet, die zu einem erheblichen Theil der mühevollen Arbeit der Verf. zu verdanken sind, in mustergültiger Weise zusammen. Albrecht-Treptow a. Rega.

— E. Arndt. Zur Analyse des Krankheitsbewusstseins bei Psychosen. Dessau 1905. (Inaugural-Dissertation).

Ohne kasuistische Belege zu bringen, geht A. den Grundbedingungen und allgemeinen Beziehungen des Krankheitsbewusstseins nach.

Krankheitsbewusstsein bleibt nach A. eine Allgemeinbezeichnung, Krankheitsgefühl ist die geringere, Krankheitseinsicht die grössere Klarheit der Krankheitserkenntniss. Grundbedingungen für das Zustandekommen von Krankheitsbewusstsein ist die Triors: 1. abnorme Empfindungen und Gefühle, 2. ein gewisses Maass von Urtheilsfähigkeit, 3. die Erfahrung des Kranken.

Unlustaffecte führen leichter zum Krankheitsbewusstsein als Lustzustände. Leiden-Auffassung, Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Urtheils- und Schlussbildung in geringerem Grade, so werden sie häufig Gegenstand des Krankheitsbewusstseins, leiden sie dagegen in höherem Grade, so kann es zu keinem Krankheitsbewusstsein — wozu ja die genannten Fähigkeiten Vorbedingung sind — kommen. Ebenso fehlt Krankheitsbewusstsein bei gewissen Willensstörungen (Stereotypien, Manieren, Negativismus, Automatismus), die sich nur bei endgültigen Zerfallzuständen finden.

Zur Diagnose der erfolgten Genesung ist das Krankheitsbewusstsein ein wichtiger Factor, während dessen diagnostische und prognostische Bedeutung im Krankheitsverlaufe nicht hoch anzuschlagen ist. Der Erzielung von Krankheitsbewusstsein ist kein grosser therapeutischer Werth beizulegen.

Der pseudonyme Verfasser der in No. 43 dieser Zeitschrift, S. 394, besprochenen ausgezeichneten Schrift: „Jesus Christus vom Standpunkte des Psychiaters" ist Oberarzt Dr. Lomer von der Prov.-Irrenanstalt in Neustadt (Holstein).

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 46. 10. Februar. 1906.

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Entscheidung des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs Unterbringung eines gemeingefährlichen Geisteskranken.

In der Verwaltungsstreitsache des Provinzialausschusses der Rheinprovinz zu Düsseldorf, Klägers, wider den Königlichen Oberpräsidenten der Rheinprovinz zu Coblenz, Beklagten, hat das Königlich Preussische Oberverwaltungsgericht, Zweiter Senat, in seiner Sitzung vom 20. Juni 1905, an welcher der Senats-Präsident Genzmer und die Oberverwaltungsgerichtsräthe: Hönemann, Mundt, Hoffmann II, Meubrink, Pogge und Dr. Fornet theilgenommen haben, für Recht erkannt:

Die Klage wird abgewiesen.

Die Kosten fallen dem Kläger zur Last; der Werth des Streitgegenstandes beträgt 3000 Mark.

Von Rechts wegen.

Gründe.

Die Klage wendet sich gegen die Beanstandung des Beschlusses des Provinzialausschusses vom 5. März 1904, der auf Antrag des Landeshauptmanns die Zustimmung zu der von ihm beabsichtigten Entlassung des schwachsinnigen Hubert Scharrenbroich aus Monheim aus der Provinzial-Heil- u. Pflegeanstalt Grafenberg aussprach.

Scharrenbroich ist ein sehr kräftiger Mensch von 31 Jahren, Viehwärter; er besitzt weder selbst die Mittel, um seinen Unterhalt zu bestreiten, noch erhält er sie von anderer Seite; von Jugend auf schwachsinnig, hat er einen unüberwindlichen Hang zum Stehlen und zu Jagdvergehen und ist dieserhalb oft mit der Polizei und mit Gerichten in Konflikt gekommen, wird aber, nachdem seine unheilbare Geisteskrankheit erkannt und er ihretwegen im Jahre 1901 entmündigt worden ist, nicht mehr bestraft. Er ist wegen seiner Krankheit auf Grund des Gesetzes vom 11. Juli 1891 (Gesetzsammlung Seite 300) schon öfter in Irrenanstalten untergebracht und behandelt, aber jedesmal nach kürzerer oder längerer Behandlung entlassen worden, weil er nach Ansicht der Anstaltsverwaltung der Anstaltspflege seiner selbst wegen nicht bedurfte. Die letzte Aufnahme in Grafenberg hat am 28. August 1903 stattgefunden infolge Ersuchens der Polizeiverwaltung zu Düsseldorf. Bevor der beanstandete Beschluss gefasst wurde, hat die Provinzialverwaltung der Staatsanwaltschaft und den Polizeibehörden Kenntniss davon gegeben, dass die Entlassung Scharrenbroichs erfolgen werde, wenn nicht die Polizei die Kosten der lediglich in ihrem Interesse erforderlichen Anstaltspflege übernehme. Die Staatsanwaltschaft hat gegen die Entlassung Widerspruch erhoben, ebenso unter Ablehnung der Uebernahme der Kosten die Polizeiverwaltung zu Düsseldorf und der Landrath des Kreises Solingen, welcher um eine Erklärung darüber ersucht worden war, ob die Polizeibehörde der Gemeinde Monheim, in der Scharrenbroich seinen Unterstützungswohnsitz habe, für die Pflegekosten aufkommen wolle, oder ob für eine anderweitige Unterbringung Scharrenbroichs gesorgt werden solle.

Der Kläger ist der Meinung, dass Scharrenbroich nicht hülfsbedürftig sei, denn er sei nach dem Gutachten der Anstaltsärzte arbeitsfähig, dass ferner seine Unterbringung in einer Anstalt nicht mit Rücksicht auf das eigene Bedürfniss des Kranken, sondern nur wegen seiner Gemeingefährlichkeit nothwendig werde, dass aber der Landarmenverband der Rheinprovinz nach dem Gesetze vom 11. Juli 1891 nur die Verpflichtung habe hülfsbedürftige Geisteskranke, welche ihrer selbst willen der Anstaltspflege benöthigen, aufzunehmen, und die weitere Verpflegung ablehnen dürfe, wenn nicht die Polizei, deren Interesse allein die Internirung Scharrenbroichs nöthig mache, die Kosten übernehme.

Der Beklagte nimmt Hülfsbedürftigkeit bei Scharrenbroich an und hält das Gesetz vom 11. Juli 1891



auch dann für anwendbar, wenn der Geisteskranke nicht lediglich im eigenen Interesse, sondern auch wegen seiner Gefährlichkeit in einer Anstalt untergebracht werden müsse; er hält aber ferner das Gesetz von 1891 nicht für allein in Betracht kommend, sondern meint, dass die Verpflichtung der Provinz auch durch § 4 No. 4 des Ausführungsgesetzes zum Dotationsgesetze von 1875 begründet sei.

In der mündlichen Verhandlung hat der Vertreter des Klägers nochmals, wie es schon in den Schriftsätzen geschehen war, betont, dass die Parteien verabredetermaassen den vorliegenden Rechtsfall geschaffen hätten, um eine Entscheidung des Oberverwaltungsgerichts über die seit längerer Zeit bestehende und vielfach hervorgetretene grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten herbeizuführen, und dass sie, um dieses zu erreichen, auf Nebendinge und Formalitäten, die sonst etwa in Betracht kommen könnten, keinerlei Werth legen wollten.

Der von dem Minister des Innern ernannte Kommissar zur Wahrung des öffentlichen Interesses sprach sich in demselben Sinne aus, wie es seitens des Vertreters des Ministers des Innern gegenüber der verstärkten Gemeindekommission des Abgeordnetenhauses bei der Berathung über den Antrag des Abgeordneten Schmedding am 6. Dezember 1904 geschehen und in dem schriftlichen Berichte der Kommission (Drucksache No. 647 Seite 5555/5556) niedergelegt worden ist. Er führte das dort Gesagte weiter aus und verbreitete sich besonders über die geschichtliche Entwickelung der Fürsorge für Geisteskranke in Preussen in einer Weise, welche im wesentlichen der unten gegebenen Darstellung entspricht.

Der Kläger ist im Unrecht. Er hat durch den Beschluss vom 5. März 1904 zwar nicht seine Befugnisse überschritten, wohl aber die Gesetze verletzt. Das erste kann nicht zweifelhaft sein. Ueber die Entlassung von Pfleglingen der Irrenanstalten haben die Provinzialbehörden zu befinden; wenn nun der klagende Provinzialausschuss, welcher das verwaltende Organ des Provinzial- und Landarmenverbandes ist, und dem die Leitung und Beaufsichtigung der Geschäftsführung der Provinzialbeamten obliegt, dem Landeshauptmann seine Zustimmung zu einer von ihm beabsichtigten Maassregel der laufenden Verwaltung erklärt, so bleibt er offenbar in den Grenzen seiner Zuständigkeit. Wegen der zweiten Alternative konnte in Frage kommen, ob nicht eine „Gesetzesverletzung" selbst dann verneint werden müsste, wenn die Entlassung Scharrenbroichs den gesetzlichen Bestimmungen widerstreiten sollte. Der Provinzialausschuss hat das Recht, bei Wahrnehmung seiner Geschäfte seine Meinung zur Geltung zu bringen und mit den gesetzlichen Mitteln auch vorgesetzten Behörden gegenüber zu vertreten, er hat, wenn auf dem geordneten Wege eine Berichtigung erfolgt, sich dem zu unterwerfen, einstweilen aber darf er abwarten, ob und mit welchem Erfolge gegen ihn vorgegangen wird. „In einem Beschlusse, der darauf abzielt, einen streitigen Anspruch mit den gesetzlichen Mitteln durchzusetzen, kann eine Gesetzesverletzung niemals .... gefunden werden" (Erkenntniss des Oberverwaltungsgerichts vom 11. Mai 1898, Preussisches Verwaltungsblatt Jahrgang XIX Seite 481). Aber dies gilt uneingeschränkt nur da, wo der Fehler des Beschlusses nicht sowohl in einer Verkennung der gesetzlichen Vorschriften, als vielmehr in einer unrichtigen Beurtheilung des Thatbestandes besteht. Ob das eine oder das andere vorliegt, wird oftmals nicht leicht zu erkennen sein; auch wird vielleicht nicht jede unrichtige Anwendung gesetzlicher Vorschriften eine Gesetzesverletzung im Sinne des § 118 der Provinzialordnung darstellen, wohl aber ist das der Fall mit einem Beschlusse, welcher sich grundsätzlich einem Gesetze entgegenstellt. Der beanstandete Beschluss vom 5. März 1904 nun versucht über den Inhalt der Armen- und Irrengesetzgebung eine Ansicht zur Anerkennung und zunächst in dem Falle Scharrenbroich zur Anwendung zu bringen, welche grundsätzlich von derjenigen abweicht, die seitens der Staatsregierung bisher vertreten und ihrer Praxis zu Grunde gelegt worden ist. Der Beschluss will nach der ausgesprochenen Absicht des klagenden Provinzialausschusses über den Fall Scharrenbroich weit hinausgreifen; er will grundsätzlich bestimmen, wie die in Betracht kommenden Gesetze hinfort ausgelegt und gehandhabt werden sollen. Dass eine derartige allgemeine Anweisung ausdrücklich nicht ertheilt wird, ist ohne Belang; das war zu einer Gesetzesverletzung nicht nöthig; sie ist vorhanden, wenn die grundsätzliche Auffassung, welche in dem besonderen Falle sich durchzusetzen versucht, den Gesetzen widerstreitet (vergl. Erkenntniss vom 19. Mai 1881 Entscheidungen des Oberverwaltungsgerichts Band VII, Seite 115).

Der Widerstreit besteht. Der Kläger stellt die Verpflichtung des Landarmenverbandes zur Fürsorge für Scharrenbroich aus zwei Gründen in Abrede, erstens, weil er nicht hülfsbedürftig sei, und zweitens, weil er der Anstaltspflege nicht bedürfe.

Der erste Grund ist leicht als unzutreffend zu erkennen. Hülfsbedürftig ist diejenige Person, welche nicht hinreichende Kräfte besitzt, um sich und ihren arbeitsunfähigen Angehörigen den nothdürftigen Lebensunterhalt zu verschaffen und solchen weder aus eige-



nen Mitteln bestreiten kann, noch von einem Dritten erhält. Es ist allgemein anerkannt, dass „hinreichende Kräfte" auch denjenigen Personen abgehen, welche zwar genügende körperliche Stärke besitzen, welche aber infolge eines geistigen Fehlers ausserstande sind, mit ihnen sich den Lebensunterhalt zu erwerben. Als ein derartiger geistiger Fehler muss auch eine Geisteskrankheit gelten, welche den von ihr Befallenen gemeingefährlich macht. Ein Mensch, dessen krankhafte verbrecherische Neigungen ihn der bürgerlichen Gesellschaft so gefährlich machen, dass sie ihm in ihrer Mitte nicht die Freiheit, welche für die Betheiligung an dem Erwerbsleben nothwendig ist, lassen kann oder will, kann unmöglich als in dieser Gesellschaft erwerbsfähig gelten. Deshalb ist — von Ausnahmefällen abgesehen — sicher ein Geisteskranker erwerbsunfähig, der wegen seiner Krankheit internirt werden muss, und von diesem Gesichtspunkte aus erscheint Scharrenbroich, dessen Unterhalt weder aus seinen Mitteln noch aus denen Dritter bestritten werden kann, hülfsbedürftig, weil er, wie der Kläger zugiebt, aus sicherheitspolizeilichen Gründen internirt werden muss. Aber auch in der Freiheit würde Scharrenbroich infolge seiner Geisteskrankheit erwerbsunfähig sein. Die Anstaltsärzte bekunden zwar, dass er körperlich ganz gesund und stark, auch gutmüthig und lenksam sei, und sie erklären ihn deswegen für erwerbsfähig. Aber die Erwerbsfähigkeit hängt nicht lediglich von den Eigenschaften ab, auf welche das ärztliche Gutachten sich bezieht. Für sie kommen Umstände in Betracht, welche wie z. B. die Lage des Arbeitsmarktes nicht Gegenstand einer Beurtheilung durch Aerzte sind, und darum kann die Frage nur auf Grund praktischer Erfahrung unter Zuhilfenahme des ärztlichen Gutachtens entschieden werden. Nun steht fest, dass Scharrenbroich an einem unheilbaren Schwachsinne leidet, welcher sich unter anderem in einem unwiderstehlichen Hange zu Diebstählen und unberechtigtem Jagen äussert. Nach den Akten des Landrathsamts Solingen ist er allein in der Zeit vom 7. August 1894 bis zum 3. März 1897 nicht weniger als 9 mal bestraft worden, obwohl er einen grossen Theil der Zeit im Gefängnisse zugebracht haben muss. Ein derartiger Mensch wird zu ehrlicher Abeit nur da angenommen werden, wo man seine üblen Eigenschaften nicht kennt, und er ist überall seiner Entlassung gewiss, sobald seine Krankheit bekannt geworden ist. Er könnte also nur unter Täuschung des Arbeitgebers Erwerb finden; denn mit der Möglichkeit, dass er fortgesetzt Leute träfe, welche es trotz Kenntniss seines diebischen Wesens und seiner sonstigen krankhaften Neigungen mit ihm versuchten, ist nicht zu rechnen. In seinen Personalakten befindet sich denn auch ein von ihm an den Landeshauptmann gerichteter Brief, in welchem er erzählt, dass er habe in das Ausland gehen wollen, weil er in der Heimath wegen des Umstandes, dass er im Irrenhause gewesen, keine Arbeit bekäme. Scharrenbroich kann also trotz seiner körperlichen Stärke sich seinen Lebensunterhalt nicht selbst verdienen und ist, da auch sonstige Mittel fehlen, hülfsbedürftig im Sinne der Armengesetzgebung, insbesondere im Sinne des durch die Novelle vom 11. Juli 1891 geschaffenen § 31 des Ausführungsgesetzes vom 8. März 1871 zum Gesetze über den Unterstützungswohnsitz.

Schon in diesem Punkte beruht die Stellungnahme des Klägers nicht auf einer unrichtigen Beurtheilung der thatsächlichen Verhältnisse gegenüber richtig erkannten Forderungen des Gesetzes, sondern auf einer Verkennung des Gesetzes selbst; denn der Provinzialausschuss geht im Gegensatze zu der soeben als richtig hingestellten Auffassung davon aus, dass Hülfsbedürftigkeit dann nicht vorliege, wenn nur die zur Leistung von Arbeit erforderlichen Körperkräfte vorhanden seien.

Stärker tritt die Abweichung des klagenden Provinzialausschusses von dem Standpunkte des Gesetzes bei seinem zweiten Grunde zu Tage. Doch bedarf es zu dem Nachweise hierfür weitergehender Darlegungen.

Für die Unterstützung, welche dem hülfsbedürftigen Scharrenbroich zutheil werden muss, kommt zunächst der § 1 des Preussischen Ausführungsgesetzes vom 8. März 1871 in Betracht, welcher lautet:

> „Jedem hülfsbedürftigen Deutschen (§ 69) ist von dem zu seiner Unterstützung verpflichteten Armenverbande Obdach, der unentbehrliche Lebensunterhalt, die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und im Falle seines Ablebens ein angemessenes Begräbniss zu gewähren.
>
> Die Unterstützung kann geeigneten Falles, so lange dieselbe in Anspruch genommen wird, mittels Unterbringung in einem Armen- oder Krankenhause, sowie mittels Anweisung der den Kräften des Hülfsbedürftigen entsprechenden Arbeiten ausserhalb oder innerhalb eines solchen Hauses gewährt werden.
>
> Gebühren für die einem Unterstützungsbedürftigen geleisteten geistlichen Amtshandlungen sind die Armenverbände zu entrichten nicht verpflichtet."

Es liegt auf der Hand, dass der zuständige Armenverband bei der Gewährung von Obdach, Lebensunterhalt und Pflege in Krankheitsfällen nicht diejenige Verpflichtung ausser acht lassen darf, die über-



all und für jeden besteht, und die dahin geht, dass man durch seine Einrichtungen nicht unbefugterweise Dritte oder gar die öffentliche Ordnung und Sicherheit gefährden darf. Diese allgemeine Verpflichtung schliesst es aus, dass — z. B. — ein nach § 1 a. a. O. pflichtiger Armenverband etwa auf Grund des Abs. 2 ohne besondere Vorsichtsmaassregeln einen Cholerakranken in sein Krankenhaus, einen von Lepra Befallenen in sein Armenhaus aufnimmt. Niemand wird im Ernst behaupten wollen, dass der Armenverband dabei der nothwendigen oder gar befohlenen Vorsichtsmaassregeln überhoben wäre, weil sie nicht gerade durch die Rücksicht auf das Leben und die Gesundheit des Hülfsbedürftigen geboten sind, oder dass er die durch jene Vorsichtsmaassregeln entstehenden Mehrkosten nicht zu tragen brauchte, wohl gar deswegen, weil solche nöthig sind, seiner Unterstützungspflicht ledig würde. Also: Was der Armenverband zu gewähren hat, muss er in einer Weise gewähren, wie es sich mit den berechtigten Interessen Dritter und mit der öffentlichen Ordnung und Sicherheit verträgt, namentlich ist „erforderlich" im Sinne des Abs. 1 nicht nur diejenige Krankenpflege, welche genügen würde, wenn der Kranke als von den bestehenden Verhältnissen losgelöst oder diese Verhältnisse, wie das Bestehen einer bürgerlichen Gesellschaft, deren Mitglied auch der Arme bleibt, als nicht vorhanden gedacht werden, sondern diejenige, welche durch das Bestehen jener Verhältnisse, durch die Rücksicht auf die berechtigten Interessen der bürgerlichen Gesellschaft bedingt wird. Und die Wahrnehmung dieser Interessen nach gewisser Richtung hin, insbesondere der Schutz der öffentlichen Ordnung und Sicherheit, ist Aufgabe der Polizei; die Lage, welche durch deren befugte Anforderungen geschaffen wird, muss auch der Unterstützungspflichtige gelten lassen. Ihnen kann sich, wie besonders das oben erwähnte Beispiel zeigt, und was keiner weiteren Ausführung bedarf, ein Armenverband sicherlich dann nicht entziehen, wenn er die ihm obliegende Fürsorge nach Maassgabe des Abs. 2 a. a. O. selbst übernimmt. Nicht minder aber sind die Interessen der Allgemeinheit und etwaige Anordnungen der zu ihrer Wahrung berufenen Behörden zu berücksichtigen, wenn die Fürsorge für einen Armen ausserhalb einer Anstalt erfolgt. Wie jeder andere das mit der Einrichtung seiner Wohnung und mit der sonstigen Lebenshaltung seiner selbst und seiner Angehörigen thun muss, so muss es auch der Arme und derjenige, welcher für ihn zu sorgen hat: die dazu erforderlichen Mittel muss der Armenverband gewähren. Er wird von dieser Verpflichtung nicht ohne weiteres frei, wenn infolge ungewöhnlicher Umstände die Lebenshaltung des Armen in einer Weise eingerichtet werden muss, welche von der gewöhnlichen abweicht. Als eine solche infolge ungewöhnlicher Umstände nothwendige Einrichtung einer eigenartigen Lebenshaltung für den Armen stellt sich auch seine Internirung dar, selbst wenn sie nicht sowohl wegen der Fürsorge für sein Leben und seine Gesundheit als vielmehr deswegen nöthig wird, weil eine Lebenshaltung gewöhnlicher Art die öffentliche Ordnung und Sicherheit stören oder gefährden würde. Der häufigste Fall dieser Art ist die Unterbringung eines durch Geisteskrankheit gemeingefährlichen Armen in einer Irrenanstalt. Auch die durch sie entstehenden Kosten stellen sich von dem hier eingenommenen Standpunkte aus dar als Kosten des nothwendigen Obdachs, des unentbehrlichen Lebensunterhalts und der erforderlichen Pflege in einem Krankheitsfalle.

Der bei der bisherigen Betrachtung des § 1 des Gesetzes vom 8. März 1871 vertretene Standpunkt selbst ist der der natürlichen Anschauung; dass er auch die Preussische Armen- und Irrenpflege bis zu dem Gesetze vom 8. März 1871 beherrscht hat und darum mangels einer anderweitigen Disposition des Gesetzgebers auch diesem Gesetz gegenüber nicht verlassen werden darf, wird weiter unten darzulegen sein. —

Eingeschaltet werden mag hier, dass das Bundesamt für das Heimathwesen von ähnlichen Anschauungen aus, wie sie hier entwickelt sind, eine Reihe von Fällen entschieden hat. In ihnen handelte es sich darum, ob Armenverbände für Pflegekosten aufzukommen hätten, welche dadurch entstanden waren, dass auf Grund der §§ 1666 und 1838 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Unterbringung von Kindern ausserhalb des Elternhauses angeordnet worden war.

> „Wird", so lässt sich z. B. in ebenso einfacher und klarer, wie bestimmter Weise das Erkenntniss vom 17. Oktober 1903 H. No. 1449 aus, „auf Grund des § 1666 des Bürgerlichen Gesetzbuches die Trennung eines Kindes von seinen Eltern und dessen anderweitige Unterbringung angeordnet, so fällt die Möglichkeit eines Verbleibens der Kinder im Elternhause, damit zugleich aber die bisherige Art seines Unterhalts fort. Diese Sachlage muss auch die Armenbehörde gelten lassen; es ist nicht ersichtlich, wie sie sich dem entziehen könnte .... Das Kind muss nunmehr ausserhalb des Elternhauses unterhalten werden, und wenn anderweite Mittel hierzu nicht zur Verfügung stehen, auch die Eltern oder sonstige unterhaltungspflichtige Ver-



wandte nicht herangezogen werden können, so folgt von selbst, dass Hülfsbedürftigkeit im armenrechtlichen Sinne vorliegt, und dass demzufolge der Armenverband des Aufenthaltsortes seine Hülfe innerhalb der Grenzen gewähren muss, welche nach den in Frage kommenden landesgesetzlichen Vorschriften der Armenpflege im allgemeinen gegeben sind."

Der Unterschied gegen den Fall der Irrenpflege besteht allerdings darin, dass die Maassregeln der §§ 1666 und 1838 lediglich im Interesse des Kindes ergriffen werden. Deshalb hat die Ausführung des Bundesamtes für die jetzt zur Entscheidung stehende Frage, bei der es sich gerade um die Zulässigkeit der gedachten Unterscheidung handelt, keine unmittelbare Bedeutung, aber sie erkennt doch an, dass die Armenlast sich nicht auf das beschränkt, was unter normalen Verhältnissen nothwendig ist, und sie zeigt den Einfluss, den die Anordnung einer besonderen Lebenshaltung seitens einer zuständigen Behörde auf die Gestaltung der für die Armenlast maassgebenden Verhältnisse dergestalt ausüben kann, dass durch sie unter Umständen sogar erst die Nothwendigkeit armenrechtlicher Fürsorge (wie auch bei der Internirung eines arbeitsfähigen Irren) geschaffen wird.

(Fortsetzung folgt.)

Eine interessante Gerichtsentscheidung.

Von *P. Rixen*, Düsseldorf-Grafenberg.

In Nr. 36 der Kölnischen Zeitung vom 11. I. 1906 wird eine interessante Entscheidung des Dresdener Landgerichts mitgetheilt. „Eine Geflügelhändlerin in Dresden spielte eine Nummer der sächsischen Staatslotterie und diese Nummer wurde im November v. J. mit dem grossen Loose 500000 M. gezogen. Die Gewinnerin liess sich ihren Antheil — ein Zehntel — auszahlen und wies nachher drei andere Personen, die mit ihr zusammen das Zehntel-Loos spielten mit ihren Ansprüchen ab, indem sie sich darauf berief, dass der mit ihr geschlossene Gemeinschaftsvertrag null und nichtig sei, weil sie bereits vor zwei Jahren wegen Geisteskrankheit entmündigt worden sei und desshalb geschäftsunfähig wäre. Die Mitspieler strengten nunmehr Civilklage an, weil der Vormund der Entmündigten bestritt, dass die Mitspieler aus dem Vertrage irgend welche Rechte herzuleiten berechtigt wären. Die Klage stützte sich im wesentlichen darauf, dass die Gewinnerin geistig durchaus gesund und desshalb auch geschäftsfähig sei. Diese Behauptung war an und für sich voll begründet, denn die Gewinnerin betreibt ein Geflügelgeschäft völlig selbstständig und macht auf niemand den Eindruck einer Geisteskranken; aber dessen ungeachtet entschied das Landgericht, dass die Kläger mit ihrer Klage kostenpflichtig abzuweisen seien. Das Gericht ging davon aus, dass es rechtlich unerheblich sei, ob die Gewinnerin, die Beklagte, in der That geisteskrank ist oder nicht. Auch kommt nicht weiter in Frage, ob die Beklagte inzwischen vor oder nach Abschluss des gemeinschaftlichen Spielvertrages wieder von ihrer Geisteskrankheit geheilt worden ist. Auf Grund der herangezogenen Acten des Rathes zu Dresden war die Entmündigung wegen Geisteskrankheit erfolgt und diese Entmündigung bestand trotz des Einspruchs der „Geisteskranken" noch zur Zeit des Abschlusses des Spielvertrages, und nach § 104 des Bürgerlichen Gesetzbuches ist derjenige schon geschäftsunfähig, der wegen Geisteskrankheit entmündigt ist, einerlei, ob die Entmündigung zu Recht oder rechtsirrthümlich erfolgt ist. Das Gericht entschied daher, dass der Vertrag zwischen der Entmündigten und den Klägern nichtig sei, und deshalb wurde die Klage abgewiesen. Der Kampf um das grosse Loos ist also zugunsten der Gewinnerin, einer „Geisteskranken wider Willen" entschieden worden. Es fragt sich aber, ob sie sich des Geldes lange erfreuen wird, denn auf Grund der landgerichtlichen Entscheidung ist auch der zwischen der Gewinnerin und der Direction der Sächsischen Staatslotterie geschlossene Vertrag ungültig und der Fiskus somit berechtigt, den Gewinnantheil von 42000 M. wieder einzuziehen. Hiergegen macht aber die Entmündigte geltend, dass sie das Loos mit Genehmigung des Vormundes gekauft habe, und deshalb sei der Vertrag mit der Lotterie rechtsgültig. Wenn also der Fiskus auf Herausgabe des Gewinnes besteht, wird es jedenfalls abermals zum Prozess kommen."

Soweit dürfte es nun voraussichtlich nicht kommen, da die Sachlage durchaus klar ist. Die betreffende Person war wegen Geistes**krankheit** entmündigt und daher nach § 104 2, 3 des B. G. B., wie dies auch in der Landgerichtsentscheidung hervorgehoben wird, geschäftsunfähig. Der § 105 A. 1 bestimmt



nun: „Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig." Demnach ist jede Willenserklärung eines wegen Geistes**krankheit** Entmündigten nichtig, dabei ist es vollständig gleichgültig, ob der Vormund der Entmündigten mit der Willenserklärung seines Mündels einverstanden war oder nicht, der wegen Geistes**krankheit** Entmündigte kann Rechtsgeschäfte irgendwelcher Art rechtsgültig überhaupt nicht vornehmen weder activ noch passiv, er ist einem Kinde vor der Vollendung des 7. Lebensjahres völlig gleichgestellt, an seine Stelle tritt in allen Rechtshandlungen der Vormund. Ist also die betreffende Person wegen Geisteskrankheit entmündigt, so besteht auch der Vertrag zwischen ihr und der Direction der Sächsischen Staatslotterie zu Unrecht, ist nichtig, ein Rechtsgeschäft ist überhaupt nicht vorhanden, die betreffende Person konnte ein Loos nicht kaufen — die Zustimmung des Vormundes ändert daran gar nichts. Aus diesen Ueberlegungen geht ohne weiteres hervor, dass die Sächsische Staatslotterie nicht verpflichtet war, die Summe auszuzahlen, und berechtigt ist, dieselbe wieder einzuziehen. In dem Bericht heisst es, dass die Entmündigte ein Geflügelgeschäft völlig selbstständig betrieb. In dem Betreiben des Geschäftes liegt eine fortdauernde Reihe rechtsungültiger Handlungen, denn weder Einkauf noch Verkauf durch die wegen Geistes**krankheit** Entmündigte sind rechtsgültig, es findet überhaupt kein Kauf statt weder von seiten der Entmündigten mit den Lieferanten, noch von seiten der Personen, welche von der Entmündigten Geflügel beziehen.

Mittheilungen.

— **Sitzung der forensisch-psychologisch. Vereinigung zu Heidelberg** vom 19. Januar 1906. Vortrag des Herrn Geh.-Rath Prof. Dr. Windelband über „Norm und Normalität": Für den Praktiker sind die Thatsachen, für den Philosophen das Begriffliche von grösserem Interesse; in unserer Vereinigung wollen, sollen beide zum Wort kommen und zum allgemeinen Wohl zusammenwirken. Eine der häufigsten Fragen, die sie beschäftigt hat und noch beschäftigen wird, ist die nach der geistigen Abnormität; der Jurist erwartet vom Mediciner deren Kriterien; das medicinische Denken wünscht angesichts des einzelnen Falles Feststellung der Grenzen des Abnormen durch die Jurisprudenz. Hier ist nun vor Allem eine Begriffsbestimmung des Abnormen und zwar durch diejenige des Positiven, des Normalen nöthig.

Das Normale ist die Uebereinstimmung der Wirklichkeit mit der Norm; diese ist für das beurtheilende Bewusstsein der Maassstab. Die Bedeutung des Normbegriffs ist in der Philosophie mehr und mehr gestiegen, besonders für die neue philosophische Grundwissenschaft, die Theorie von den allgemeingültigen Werthen. Bei Feststellung des Begriffs der Norm gehen wir am besten von Kant aus, der im § 17 seiner Kritik der Urtheilskraft, wo er vom Ideal der Schönheit spricht, etwa Folgendes ausführt: „Die Normalidee der Schönheit vom Menschen kommt dadurch zu stande, dass wir die vielen Einzelgestalten, die wir sehen, in unser Gedächtniss aufnehmen, bei Bildung der Normalidee aber die Einzelbilder alle so reproduciren, dass sie gleichsam aufeinanderfallen und sich zu einem einheitlichen Durchschnittsbild vereinigen, das wir dann die Normalidee („Regel" der Alten) nennen; dies Bild können wir eventl. auch durch Berechnung der Durchschnittsmaasse construiren. Das Ideal der Menschen muss aber, um vollkommen zu sein, zugleich noch den Ausdruck der Bestimmung, des Zwecks des Menschen, die Verkörperung des Sittlichen-Guten, enthalten." — Wir müssen somit zwei Arten von Norm unterscheiden, eine quantitative und eine qualitative, die methodologisch sehr verschieden sind. Die erste ist Sache der Beschreibung, der Erfahrung, empirisch, Norm des Seins; die zweite ist Sache der Forderung, des Urtheilens, Norm des Sollens; bei der ersteren haben wir es mit einer theoretischen, bei der zweiten mit einer teleologischen Begriffsbildung zu thun. Der erste Begriff setzt das Durchschnittliche, Typische, Gewöhnliche in Gegensatz zu dem vom Durchschnitt Abweichenden, Ungewöhnlichen als dem Abnormen; er enthält kein Werthurtheil, sondern nur eine thatsächliche Maassbestimmung. Von diesem Standpunkt aus ist Krankheit der ungewöhnliche Ablauf der Lebensfunktionen; geisteskrank ist der der Durchschnittsmeinung Widersprechende; unrecht ist das der Sitte, der Gewohnheit, zuwiderlaufende Handeln. Vielfach werden auch in der That die Bezeichnungen schlecht, hässlich, böse etc. in diesem lediglich quantitativen Sinn des Abnormen gebraucht. Diderot leugnete, von diesem Standpunkt ausgehend, jede Norm in ästhetischer Beziehung (s. Zola!) Die Idealnorm bedeutet hingegen das der Zweckerfüllung Widersprechende (teleologische Norm); Krankheit ist nicht mehr nur das Ungewöhnliche, sondern der zweckwidrige Ablauf der Lebensvorgänge, geistige Erkrankung ein Ablauf der Denk-Willensvorgänge, der der Vernunftbethätigung widerstrebt — Diese scharfe Zweitheilung des Normalbegriffs ist nun bei der praktischen Anwendung nicht immer rein erhalten; beide Begriffsarten gehen vielfach in einander über. Im Grunde ist ja die empirische Norm nur eine Construktion, in Wirklichkeit ist nichts normal im empirischen Sinn; jedes Wirkliche weicht vom

Durchschnitt etwas ab; entscheidend ist der Grad der Abweichung. Hohe Grade von Abweichung sind aber meist auch teleologisch abnorm, z. B. abnorme Grösse oder Kleinheit; ein enormes Gedächtniss, an sich ein Vorzug, kann zweckwidrig sein, wo es andere zweckwichtige Gaben unterdrückt. Noch weniger als die quantitative Norm finden wir je die qualitative verwirklicht; wir müssen, um praktisch mit ihr arbeiten zu können, gewisse Durchschnittsgrade des Nichterreichens der Norm vereinbaren, von denen ab wir von Abnormität sprechen; die qualitative Norm kann also nur mit Zuziehung des quantitativen Begriffs verwendet werden. In diesem vielfachen Ineinandergreifen der beiden Begriffsarten beruht die theoretische Unmöglichkeit oder Schwierigkeit der Lösung mancher Probleme, besonders der unsere Vereinigung beschäftigenden.

Die Anwendung des Normbegriffs nun auf letztere ist bald eine retrospektive (bei Beurtheilung der Schuldfrage) bald prospektiv (bezügl. der Straffähigkeit). Wir müssen daran festhalten, dass für die grosse Mehrzahl der Menschen die Erziehbarkeit des Willens durch die Erfahrung (im weitesten Sinn des Wortes) besteht; sie bildet die Norm; erhebliche Abweichungen hinsichtlich Grad und Dauer der Erziehbarkeit sind als abnorm zu betrachten. — Das Gesagte auf den in letzter Sitzung so ausführlich und instructiv von Dr. Longard geschilderten Fall von Moral insanity angewendet, liegt die Abnormität des betr. Individuums in dessen absoluter Unbelehrbarkeit; alle die Strafen brachten nicht einmal den Versuch des Heuchelns bei ihm hervor. Diese Abnormität beruht entweder in Defekten der Intelligenz oder dem mangelnden Zusammenhang des Willens mit dem Leben; die Abnormität der Affekte besteht in deren Dauer; bei dem Normalen treten sie nur vorübergehend auf.

(Zweifellos wenden wir Mediciner, wenn auch der vorgetragenen begrifflichen Distinktionen unbewusst, den quantitativen Begriff der Norm vorwiegend in den descriptiven Zweigen unserer Wissenschaft, der Anatomie, Physiologie, den teleologischen aber ausschliesslich in der praktischen Ausübung der Heilkunde an; die Hauptschwierigkeit besteht in letzteren Fällen häufig in der genauen Abgrenzung des Zwecks einerseits und der Frage der zweckmässigen Beschaffenheit des vorliegenden Objekts anderseits. Uebrigens sind die dialektischen Darlegungen des Vortragenden u. A. die schlagendste Begründung für die Berechtigung der Statuirung einer beschränkten Zurechnungsfähigkeit; eine absolute Norm giebt es ja in Wirklichkeit nicht. Anm. des Ref.)

Dr. E. Kürz-Heidelberg.

Referate.

— H. Sachs: Gehirn und Sprache. 1905 Wiesbaden. J. F. Bergmann. 128 S.

Unter Verzicht auf eine historische Darstellung der Lehre von der Aphasie bespricht S. mit Berücksichtigung der neueren einschlägigen Arbeiten die normalen Beziehungen von Gehirn und Sprache Die krankhaften Sprachstörungen werden zur Erläuterung herangezogen. Von ihnen stellen weniger die funktionellen oder durch allgemeinen Hirnschwund bedingten Störungen, als vielmehr vornehmlich die lokalen Zerstörungen und Funktionsherabsetzungen in den Sprachcentren und den verbindenden Bahnen Aufschlüsse in Aussicht.

Die Sprache und ihre Substitute, die Schrift, die Verständigung durch Mimik und Zeichen, musikalische und künstlerische Auslassungen sind die Ausdrucksformen unseres psychischen Lebens. So lässt sich verstehen, wenn Verf. zur Darlegung seiner Auffassungen auf einer breiten theoretischen Basis sowohl nach der anatomisch-physiologischen, wie auch nach der psychologischen Seite hin fusst. Eine vollständige Inhaltsangabe der Monographie ist hier nicht möglich. Einiges sei hervorgehoben: Verf. bekämpft die hypothetischen Ableitungen aus dem Lichtheim-Wernicke-schen Schema. Er spricht den vier eigentlichen Sprachcentren ihre Existenzberechtigung ab. Das „Schreibcentrum" deckt sich mit dem Zentrum für die rechte Hand, das „Lesecentrum" mit dem Sehcentrum, das „Sprechcentrum" mit dem Centrum für die Bewegungen der Lippen-, Zungen- und Gaumenmuskeln, das „sensorische Sprachcentrum" entweder mit dem Gehörcentrum oder mit dem Begriffscentrum", welch' letzteres wiederum selber als ein unhaltbarer Begriff aufgedeckt wird. Der Auffassung, als käme unser geistiges Geschehen zustande durch Zusammenschliessen von elementaren psychischen Einzelacten zur Gesammtheit einer Wahrnehmung, wobei neben den der Aufnahme der Sinneseindrücke dienenden Sinnesfeldern noch eigene Felder für die Begriffe angenommen werden, wird entgegengehalten die Anschauung, dass wir die wahrgenommenen Dinge stets als Ganzes auffassen und erst allmählich in Einzelheiten sondern, wobei die Annahme von besonderen Associationsfeldern und von besonderen Zellgruppen zur Festhaltung der Erinnerungsbilder und des Begriffes entbehrlich wird. — Die Entstehung der auf die „transkortikale motorische Aphasie" bezogenen Symptome erklärt Verf. sich durch unvollkommene Zerstörung oder durch Herabsetzung der Funktionsfähigkeit des motorischen Sprachcentrums. — Das Vorkommen der Wernicke'schen Leitungsaphasie (isolierte Zerstörung der Bahn zwischen Sprech- und Hörcentrum) wird in Abrede gestellt.

Die Art des behandelten Stoffes stellt begreiflicherweise auch ihre Anforderungen an die Aufmerksamkeit des Lesers. Eine klare Ausdrucksweise aber und ein planmässiges Fortschreiten vom Einfachen zum Complicirteren helfen über die Schwierigkeiten hinweg. Jedem, der sich auf dem Gebiete der Physiologie des Sprachvorganges unterrichten will, wird S.'s Monographie ein willkommenes Buch sein.

— Du Placement des Aliénés Criminels en Suisse par Edouard Borel. Médicin-assistant de la Maison de santé de Préfargier Saint-Blaise. Imprimerie Samuel Robert 1904.

Borel kommt in seiner interessanten Arbeit zu dem Schluss, dass die Frage der Unterbringung geisteskranker Verbrecher für die Schweiz noch nicht ge-



nügend gelöst sei. — Seiner Ansicht nach, — unter besonderer Berücksichtigung der dortigen cantonalen Verhältnisse, — eignet sich für die Schweiz nur das „asile special" zu diesem Zweck, wie es in New-York, England und Italien bereits existirt und sich bewährt, das also weder an eine Irrenanstalt noch an ein Gefängniss angegliedert ist. Verf. glaubt, bei der verhältnissmässig geringen Zahl weiblicher geisteskranker Verbrecher auf die Forderung specieller Anstalten für geisteskranke weibliche Verbrecher verzichten zu können, unter Hinweis darauf, dass in Italien auch nur für männliche geisteskranke Verbrecher derartige Anstalten bestehen.

Die Categorien von geisteskranken Verbrechern, die in dem „asile spécial" Aufnahme finden würden, sind nach Ansicht des Verf. folgende: 1. solche, die schwere Verbrechen begangen haben. 2. Solche, die zwar nur wegen eines geringen Verbrechens angeklagt sind, die aber nach der Art ihres Characters oder ihrer geistigen Störung als sehr gefährlich angesehen werden müssen. 3. Solche, die wegen eines schweren Verbrechens verurtheilt sind und im Laufe des Strafvollzugs geisteskrank wurden. 4. Solche, die sich irgend ein schweres Verbrechen schuldig gemacht haben und deren Geisteszustand fraglich ist. Sie würden dort zur Beobachtung und sachverständiger Begutachtung hinkommen.

Die Ueberführung in das „asile spécial" findet dann sowohl vom Gefängniss aus, als auch von der Irrenanstalt aus, statt, wo man die Unmöglichkeit erkannt hat, die Betreffenden genügend zu sichern.

Heinicke-Grossschweidnitz.

— Ueber die Beziehungen des Kopfumfangs zur Körperlänge und zur geistigen Entwickelung. Von Dr. G. Egerich und Dr. L. Löwenfeld-München. Wiesbaden. Verlag von J. F. Bergmann. 1905.

Nach einer kurzen Uebersicht der früheren Beobachtungen über das Verhältniss von Körperlänge zum Kopfumfang resp. Gehirngewicht geben Verf. ihre eigenen Feststellungen an 935 Soldaten und 300 Einjährigen der bayerischen Armee, denen noch Untersuchungen an 312 Schülern im Alter von 9—14 Jahren und die Hirngewichte von 207 verstorbenen Militärpersonen angeschlossen sind.

Die Ergebnisse ihrer Untersuchungen weichen in zwei erheblichen Punkten von den landläufigen Anschauungen ab. Erstens lassen sie den vielfach angenommenen Einfluss der Körperlänge auf die Massenentwickelung des Gehirns, wie sie sich in einer Zunahme des Kopfumfangs bei Zunahme der Körperlänge ausspricht, als zweifelhaft erscheinen. Verf. finden, dass einerseits selbst bei Unterschieden von 20 cm in der Körperlänge der durchschnittliche Kopfumfang bei einer grösseren Zahl von Individuen der gleiche ist; dass andererseits bei gleicher Körperlänge Schwankungen im Kopfumfang bis zu 10 cm auftreten. Mit Recht scheint ihnen daher die Annahme bestimmter, gesetzmässiger Beziehungen zwischen Körperlänge und Kopfumfang ungerechtfertigt.

Zweitens gewähren ihre Untersuchungen keine Stütze für die ebenfalls verbreitete Annahme, dass einer grösseren Gehirnmasse auch eine höhere intellectuelle Stufe entsprechen müsse. Verf. trafen bei Männern von 50,5 und 51,75 cm Kopfumfang (Körperlänge 157 resp. 180 cm) noch gute intellectuelle Begabung, während z. B. Möbius als Mindestmaass des Kopfumfangs für den normalen Mann 53 cm fordert. Auch bei den Einjährigen, die in der Mehrzahl selbst und meist bereits in ihren Vorfahren als „Kopfarbeiter" anzusprechen sind, fand sich kein grösserer, sondern genau der gleiche Schädelumfang wie bei den gewöhnlichen Soldaten, die sich aus „Handarbeitern" rekrutiren, so dass dem höhern geistigen Niveau der Einjährigen kein grösseres, durchschnittliches Kopfmaass entsprach. Verf. kommen zu dem berechtigten Schluss, nicht in dem bisher überschätzten Volumen, sondern in der Organisation des Gehirnes liege das Haupterklärungsmoment für Unterschiede in der geistigen Qualität der Einzelindividuen.

Die Schrift ist anregend und objectiv geschrieben und hat vor manchen anderen, dasselbe Thema behandelnden Arbeiten den Vorzug einer relativ breiten und normalen Verhältnissen entnommenen zahlenmässigen Unterlage.

Albrecht-Treptow a. Rega.

— P. C. Franze. Technik, Wirkungen und Indicationen der Hydro-Electrotherapie bei Anomalien des Kreislaufs. München. Aerztl. Rundschau. 1905. 71 S.

Die Brochure giebt unter Besprechung der Geschichte, der technischen Einrichtungen, der Balneotechnik, der physiologischen und therapeutischen Wirkungen hydro-elektrischer Bäder eine praktische Anleitung zur Ausführung der Hydro-Electrotherapie. Die Combination kohlensauren Thermalsoolbädern mit Hydro-Electrotherapie wird als die eine allen anderen überlegene Heilmethode bei der Behandlung von Kreislaufstörungen bezeichnet.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 47. 17. Februar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Entscheidung des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs Unterbringung eines gemeingefährlichen Geisteskranken.

(Fortsetzung.)

Waren nun auch die Armenverbände schon nach § 1 des Gesetzes vom 8. März 1871 verpflichtet, nöthigenfalls die Kosten der Internirung eines unheilbaren und wegen seiner Gemeingefährlichkeit nicht anders als in einem Irrenhause zu haltenden Geisteskranken zu tragen, so gab doch jenes Gesetz vor seiner Ergänzung durch die Novelle vom 11. Juli 1891 keine Handhabe, um einen Armenverband zu der Einrichtung derartiger Anstalten und zur Aufnahme von Geisteskranken in sie zu zwingen. (Eine etwa durch ältere Bestimmungen, wie die Dotationsgesetze, begründete Verpflichtung der Armenverbände oder Provinzen soll vorläufig ausser Betracht bleiben.) Der § 1 Abs. 2 des Gesetzes gab nur den Armenverbänden das Recht, die Unterbringung in einem Arbeits- oder Krankenhause eintreten zu lassen, in dem Sinne, dass der Unterstützungsbedürftige sich die Unterbringung gefallen lassen, ein Ersatzpflichtiger die entstandenen Kosten als Kosten der Armenpflege anerkennen musste. Ferner gestattete der § 31 den Landarmenverbänden die Kosten der Fürsorge für Geisteskranke u. s. w. mit den dort getroffenen Maass gaben unmittelbar zu übernehmen. Im Uebrigen lag die Frage, ob die Internirung, und ob sie gerade in der Form der Anstaltspflege eintreten sollte, nicht auf dem Gebiete des Armenrechts, sondern im wesentlichen auf dem der Ordnungs- und Sicherheitspolizei; wurde sie von polizeilichen Erwägungen aus bejaht, so hatte dies nur die oben erwähnte mittelbare Wirkung für die Kostenlast der Armenverbände.

In dieser Hinsicht hat nun die Novelle vom 11. Juli 1891 eine wesentliche Aenderung herbeigeführt, indem sie den § 31 durch eine Reihe von Vorschriften ersetzte, welche als §§ 31, 31a bis 31e dem Gesetze einverleibt wurden. Der für die späteren Erörterungen besonders wichtige erste Absatz des neuen § 31 lautet wörtlich:

„Die Landarmenverbände — in der Provinz Ostpreussen der Landarmenverband der Provinz — sind verpflichtet, für Bewahrung, Kur und Pflege der hülfsbedürftigen Geisteskranken, Idioten, Epileptischen, Taubstummen und Blinden, soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen, in geeigneten Anstalten Fürsorge zu treffen."

Die dann folgenden Bestimmungen enthalten die nähere Regelung, namentlich die der Kostenlast dahin, dass der Landarmenverband die allgemeinen Verwaltungskosten der Anstalten und die Kosten der von der Anstalt selbst bewirkten Beerdigung zu tragen hat, dagegen wegen der sonstigen Kosten (sofern es sich nicht um einen Landarmen handelt und vorbehaltlich anderweitiger Vereinbarung) von dem endgültig unterstützungspflichtigen Ortsarmenverbande Ersatz verlangen darf; dem Ortsarmenverbande hat sein Kreis (ohne Armenverband zu werden) mindestens zwei Drittel der Kosten als Beihilfe zu gewähren.

Hierdurch ist die Frage, ob selbst gegen den Willen der Armenverbände Anstaltspflege einzutreten hat — unbeschadet der Befugniss der Polizei, die Unterbringung aus sicherheitspolizeilichen oder sonstigen Gründen zu fordern — auch zu einer Frage des Armenrechtes geworden. Die Aufnahme der im § 31 bezeichneten Hülfsbedürftigen in Anstalten kann jetzt von ihnen selbst, ihren Vertretern, den Ortsarmenverbänden und den zuständigen Aufsichtsbehörden gegenüber den Landarmenverbänden beansprucht werden, unabhängig davon, ob die Polizei oder eine sonstige Behörde aus Gründen, welche nicht gerade dem Armenrecht angehören, die Unterbringung fordert.

Der Kläger meint nun, dass für die streitige Frage,

ob der Landarmenverband der Rheinprovinz die Aufnahme beziehungsweise die weitere Verpflegung des Scharrenbroich ablehnen durfte, lediglich die Novelle vom 11. Juli 1891 in Betracht komme, und dass die Novelle infolge der in den Worten „soweit dieselben der Anstaltspflege bedürfen" liegenden Einschränkung eine Verpflichtung zur Aufnahme und Verpflegung hilfsbedürftiger Geisteskranken für die Landarmenverbände nur dann begründe, wenn die Anstaltspflege „des Kranken selbst wegen", d. h. mit Rücksicht auf sein Leben oder seine Gesundheit nothwendig sei. Wäre das zutreffend, andererseits aber auch das richtig, was oben über die Befugniss der Polizei, eine Anstaltspflege anzuordnen, und über die daraus für die Armenverbände entstehenden Folgen gesagt ist, so würde der durch die Gesetze von 1870/71 und 1891 geschaffene Rechtszustand der sein, dass, wenn die Unterbringung „wegen des Kranken selbst" erforderlich ist, der Landarmenverband sich zu der Aufnahme verstehen muss und die Kosten in der von dem § 31 bestimmten Weise vertheilt werden, dass dagegen, wenn von seiten der Polizei, deren Aufgaben hinsichtlich der öffentlichen Gesundheitspflege, Ordnung und Sicherheit selbstverständlich durch die rein armenrechtliche Vorschrift des § 31 nicht berührt werden können, die Unterbringung verlangt wird, der Landarmenverband (von einer anderweit begründeten Verpflichtung dazu immer noch abgesehen) seine Anstalt nicht zur Verfügung zu stellen brauchte und dass die Kosten einer trotzdem erlangten Anstaltspflege dem unterstützungspflichtigen Orts- und Landarmenverbande allein zur Last fielen. Aber der Provinzialausschuss geht weiter; er erblickt in der Vorschrift des § 31 ff. eine erschöpfende Regelung der sogenannten geschlossenen Armenpflege dahin, dass die Armenverbände in dem dort näher bestimmten Zusammenwirken miteinander und mit den Kreisen für Anstaltspflege dann, aber auch nur dann, zu sorgen und deren Kosten zu tragen haben, wenn ein unterstützungsbedürftiger Geisteskranker ihrer wegen seines Lebens oder seiner Gesundheit bedarf. Daraus wird dann weiter gefolgert, dass eine aus sicherheitspolizeilichen Gründen nöthige Anstaltspflege von den Landarmenverbänden abgelehnt werden darf, und dass ihre Kosten der Polizeiverwaltung zur Last fallen. Hiernach würde die Novelle auch eine die Verpflichtung der Armenverbände zur Kostentragung einschränkende Abänderung des alten Rechtszustandes, wie er oben dargestellt worden ist, enthalten. Der Kläger nimmt dagegen an, dass auch früher die gedachte Verpflichtung nicht bestanden habe.

Ein Blick auf die geschichtliche Entwickelung zeigt die Unhaltbarkeit des klägerischen Standpunktes. Die Kosten der Unterbringung eines unheilbaren mittellosen Geisteskranken in einer Irrenanstalt, welche nicht etwa für besondere Zwecke der Polizei, aber vorwiegend auch nicht mit Rücksicht auf das persönliche Bedürfnis des Kranken, sondern zu dem Zwecke, dem Kranken die Existenz ohne Gefährdung der öffentlichen Ordnung und Sicherheit zu ermöglichen, also im Sinne des Klägers nicht aus armenrechtlichen, sondern aus polizeilichen Rücksichten erfolgte, sind in Preussen stets nicht als Polizeikosten, sondern als Kosten der Armenpflege behandelt worden. Auch das Gesetz vom 8. März 1871 sieht sie (deshalb) als solche an und die zu ihm ergangene Novelle vom 11. Juli 1891 will keinen Gegensatz zwischen einer „um des Kranken selbst willen" und einer aus sicherheitspolizeilichen Gründen nothwendigen Anstaltspflege aufstellen, sondern beabsichtigt, von der bisherigen Auffassung ausgehend, mit ihrem § 31 Abs. 1 auch die Fälle der erwähnten Art zu treffen. Als derartige Fälle aber, das möge zur Vermeidung von Missverständnissen nochmals hervorgehoben werden, kommen hier nur diejenigen in Betracht, wo die Anstaltspflege gefordert wird als eine besondere mit Rücksicht auf die öffentliche Ordnung und Sicherheit nothwendige Art der Lebenshaltung des Kranken; keine Rede ist hier von solchen Fällen, wo die staatliche Behörde aus anderen Gründen, etwa als vorläufige Sicherheitsmaassregel oder für besondere Zwecke, als Beobachtung, strafrechtliche Detinierung des Kranken, die Unterbringung in der Anstalt anordnet, namentlich nicht vor allem die Fälle, in denen der Kranke der Anstalt nicht als ein nach dem Armenrechte zu haltender Pflegling überwiesen, sondern in ihr zur Verfügung einer Polizei- oder Gerichtsbehörde gehalten werden soll. —

Dies vorausgeschickt, ist bei der Betrachtung des älteren Rechtszustandes zurückzugehen auf die §§ 341 ff. Titel 18 Theil II des Allgemeinen Landrechts. Es lautet:

„§ 341. Wahn- und Blödsinnige müssen dergestalt unter ständiger Aufsicht gehalten werden, dass sie weder sich selbst, noch anderen schaden können.

§ 342. Die Sorge für diese Aufsicht liegt dem Vormunde, die Führung derselben hingegen denjenigen ob, welchen die Pflicht der Erziehung zukommt.

§ 343. Doch kann zur Uebernehmung der Aufsicht über Rasende weder ein Verwandter, noch der Vormund, noch eine andere Privatperson gezwungen werden.



§ 344. Finden der Vormund oder die Verwandten keine andere Gelegenheit, dergleichen Personen unterzubringen, so liegt dem Staat ob, dieselben in eine öffentliche Anstalt zur Verwahrung aufzunehmen.

§ 345. Bei blossen Wahn- und Blödsinnigen, welche kein Vermögen besitzen, müssen diejenigen, welchen deren Unterhalt nach den Gesetzen obliegt, auch die Kosten der Aufsicht, welche sie nicht selbst übernehmen wollen, hergeben."

In den §§ 341 und 344 findet sich also das Gebot einer die Sicherheit des Kranken und anderer gewährleistenden Lebenshaltung, nöthigenfalls der Aufnahme in eine öffentliche Anstalt durch den Staat. Durch die letzterwähnte Bestimmung übernahm der Staat auch die Verpflichtung, für das Vorhandensein derartiger Anstalten zu sorgen. Er ist jedoch der Verpflichtung im allgemeinen nicht unmittelbar, sondern in ähnlicher Weise nachgekommen, wie es der § 16 Titel 19 Theil II des Allgemeinen Landrechts für die („durch Vermittelung des Staates" zu bewirkende) Unterbringung von Landarmen in öffentlichen Landarmenanstalten vorgesehen hatte, dadurch nämlich, dass er ständische Verbände oder grössere Gemeinden veranlasste, Anstalten für die Unterbringung der gemeingefährlichen Geisteskranken wohl gerade in Verbindung mit Landarmenhäusern zu errichten, und in deren Regulativen die Verpflichtung zu der Aufnahme auszusprechen. Durch die Dotationsgesetze ist dann an Stelle der im Verwaltungswege von Fall zu Fall erfolgenden Regelung eine allgemeine gesetzliche getreten dahin, dass der Staat den dotirten Kommunalverbänden die „Fürsorge beziehungsweise Gewährung von Beihülfen für das Irren-, Taubstummen- und Blindenwesen" zuwies (§ 4 No. 4 des Ausführungsgesetzes vom 8. Juli 1875 — Gesetzsammlung Seite 497 —). Die Uebertragung der „Fürsorge für das Irrenwesen" kann keinen anderen Sinn haben, als dass die Fürsorge auf die Communalverbände so übergehen sollte, wie sie bis dahin geregelt worden war, und zwar gerade auch soweit, als sie nach den bestehenden Bestimmungen dem Staate obgelegen hatte. Zu den einschlägigen Bestimmungen gehörte der oben erwähnte § 344 Titel 18 Theil II des Allgemeinen Landrechts, welcher dem Staat die Aufnahme der gemeingefährlichen Geisteskranken zur Pflicht machte. Die Pflicht ist auf die dotirten Communalverbände übergegangen, so dass sie, auch wenn die durch § 31 des Gesetzes vom 11. Juli 1891 geschaffene armenrechtliche Verpflichtung fehlt, doch die Aufnahme gemeingefährlicher Geisteskranken nicht ablehnen dürfen, sobald die Voraussetzungen für die Anwendbarkeit des § 344 Titel 18 Theil II des Allgemeinen Landrechts vorliegen.

Nicht übertragen sind durch die Dotationsgesetze polizeiliche Rechte oder Pflichten und unberührt von ihnen ist die Frage des Kostenersatzes geblieben.

Man hat in dem § 344 Titel 18 Theil II des Allgemeinen Landrechts auch eine Uebernahme der Kosten durch den Staat finden wollen. Das aber ist unrichtig. Der § 344 spricht nicht etwa nur von armen Geisteskranken, sondern von Geisteskranken überhaupt, und es war für den Staat kein Anlass vorhanden und lag ihm gewiss fern, die Kosten auch für bemittelte Kranke zu übernehmen. In diesem (und auch in dem weiter oben dargelegten) Sinne wird der § 344 erläutert in dem Ministerialerlasse vom 21. März 1846 (Ministerialblatt der innern Verwaltung Seite 53), in welchem es heisst, seine Vorschrift „ist nicht dahin zu verstehen, dass die Unterbringung von Rasenden auf Kosten der Staatskasse erfolgen müsse, sondern sie spricht nur die eventuelle Verpflichtung der betreffenden Behörde aus, die Aufnahme solcher Irren in die dazu bestimmten Häuser auf Kosten der gesetzlich Verpflichteten zu veranstalten."

Das Landrecht enthält wegen der Kosten der Irrenpflege nur die eine Specialvorschrift des oben wiedergegebenen § 345. Wenn nach ihr die Kosten der Aufsicht, für welche nach §§ 341, 342 bei gefährlichen Kranken Vormund und Erzieher sorgen sollen, zu welcher aber nach § 343 bei Rasenden niemand gezwungen werden kann, bei blossen Wahn- und Blödsinnigen, welche kein Vermögen besitzen, demjenigen auferlegt werden, welchem der Unterhalt nach den Gesetzen obliegt, sofern er die Aufsicht nicht selbst übernehmen will, so ist daraus zu entnehmen, dass demselben die Kosten der auf Grund des § 344 eintretenden Anstaltspflege nicht zugemuthet werden sollen. Daraus folgt aber nicht, dass diese Kosten als polizeiliche angesehen wären, vielmehr wird die Erklärung zutreffen, dass der § 345 nicht etwa bemittelte Angehörige, denen die gewöhnliche Alimentationspflicht obliegt, freilassen will, sondern nur an die gewöhnliche armenrechtliche Unterhaltungspflicht denkt und die mit ihr Belasteten vor Ueberbürdung zu schützen beabsichtigt; letzteres von der Anschauung aus, dass eine Armenpflege, welche die Kräfte der für gewöhnlich pflichtigen „privilegirten Corporationen, Stadt- und Dorfgemeinden" (§§ 9, 10 Titel 19 Theil II des Allgemeinen Landrechts) in ungewöhnlichem Maasse anstrenge, eine Landarmenangelegenheit bilde. Die Anschauung tritt in dem 19. Titel (vergl. u. a. § 16) des Allgemeinen Landrechts



zu Tage und ist leitend für die spätere Verwaltungspraxis, welche vielfach namentlich die Kosten der geschlossenen Irrenpflege durch die Regulative den Landarmenanstalten auferlegt (vergl. z. B. § 34 des Landarmen-Reglements für die Neumark vom 12. Mai 1800). Nun mögen weiter nach der Auffassung des Allgemeinen Landrechts die Landarmenangelegenheiten und zunächst auch deren Kosten staatliche (im Gegensatze zu denen der privilegirten Corporationen, Stadt- und Dorfgemeinden) gewesen sein, wiederum aber ist der Staat seinen Aufgaben auf diesem Gebiete durch Inanspruchnahme der ständischen Verbände — denen er dafür Steuerrechte (vergl. unter anderem §§ 27, 30 Titel 19 Teil II des Allgemeinen Landrechts) einräumte — gerecht geworden. Jedenfalls hat er die Kosten nicht als Polizeikosten, sondern als Kosten der Armenpflege behandelt.

Der § 344 kann also zu Gunsten des Klägers nicht verwerthet werden; er fällt sogar schwer gegen ihn ins Gewicht. Denn die Aufsicht, von der er handelt, wird doch häufig eine solche gewesen sein, deren der Kranke nicht „seiner selbst wegen" sondern, um ihn für Dritte unschädlich zu machen, bedurfte, welche also im Sinne des Klägers Polizeikosten darstellen würden. Da nun aber der § 344 derartige Kosten, ohne zwischen den Gründen der Aufsicht zu unterscheiden, den gesetzlich zum Unterhalt der Armen Verpflichteten auferlegt, so zeigt er, dass das Landrecht nicht auf dem Standpunkte des Klägers steht, dass es vielmehr den Unterschied, der den Ausgangspunkt für Stellungnahme des Klägers bildet, nicht gemacht, und in beiden Fällen die Kosten als Armenpflegekosten angesehen wissen will.

Derselbe Wille des Gesetzgebers giebt sich kund in dem auf Allerhöchsten Befehl erlassenen Rescripte des Staatsraths vom 29. September 1803 (von Rönne und Simon, das Medicinalwesen des Preussischen Staates Seite 418). Es giebt (unter No. 1) der Polizei auf, vermöge ihres Rechtes zum ersten Angriff „Vorkehrungen zu treffen, damit das Publikum gegen die Ausbrüche des Wahn- und Blödsinns bei den dieser Krankheit verdächtigen Personen möglichst gesichert werde", bezeichnet (No. 2) als das dazu in der Regel allein geeignete Mittel eine Aufsicht über den Verdächtigen und bestimmt dann wörtlich, dass „die Kosten der Aufsicht aus dem Vermögen des Wahnsinnigen oder bei dessen Unzulänglichkeit aus den gewöhnlichen Armenfonds des Ortes entnommen werden" sollen.

Hier werden also selbst die Kosten der zum Schutze des Publikums erfolgenden Beaufsichtigung einer des Wahnsinns nur verdächtigen Person als Armenpflegekosten behandelt und der Ortsarmenkasse zur Last gelegt. Das letztere ist, wie hier eingeschaltet werden mag, nicht ohne Interesse gegenüber den von dem Kläger anscheinend gebilligten Angriffen auf neuere Erkenntnisse, welche die Kosten derartiger Sicherungsmaassregeln für den Fall, dass sie überhaupt Polizeikosten darstellen, für Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung und nicht der Landespolizeiverwaltung erklären.

Es ist im höchsten Grade unwahrscheinlich und würde eines zwingenden Nachweises bedürfen, dass entgegen dem so kundgegebenen Willen des Gesetzgebers die Verwaltung den von dem Kläger gewollten Unterschied aufgestellt und von ihm aus den Kosten der aus sicherheitspolizeilichen Rücksichten eingetretenen Anstaltspflege der mittellosen Geisteskranken die Eigenschaft von Kosten der Polizeiverwaltung beigelegt hätte. Thatsächlich hat sie aber den Boden der besprochenen Gesetzesvorschriften nicht verlassen, sondern hat in jenen Kosten Armenpflegekosten gesehen und zwar bis zum Erlasse der Gesetze über den Unterstützungswohnsitz vielfach solche der Landarmenpflege. Das schon oben erwähnte Land-Armen-Reglement vom 12. Mai 1800, welches der König dem von den Ständen der Neumark in Landsberg a. W. zu errichtenden Landarmenhause ertheilt (Rabe, Sammlung Preussischer Gesetze Band VI Seite 102), ordnet in seinem Abschnitt IV die Verhältnisse der mit dem Armenhause verbundenen Irrenanstalt. Der § 33 bestimmt, dass aufgenommen werden sollen „furieuse Personen", von denen „mit Wahrscheinlichkeit Feuersgefahr und grobe Beleidigung der öffentlichen Ordnung zu erwarten ist" im Gegensatze zu harmlosen, von denen „das Publicum keine Gefahr läuft"; die Verpflegungs- und Transportkosten sollen nach §§ 34, 35 der Anstalt aus dem Vermögen der Personen oder von ihren alimentationspflichtigen Verwandten ersetzt, für den Fall aber, dass das nicht möglich ist, von dem Institute selbst getragen werden. Aehnliche Bestimmungen sind enthalten in dem Regulativ des Neumärkischen Landarmenverbandes vom 19. October 1860 (Gesetzsammlung Seite 505) und in den Regulativen anderer Verbände, z. B. dem der Kurmark vom 14. Januar 1848 (Gesetzsammlung Seite 37). Dagegen ist hier kein Fall bekannt geworden, in welchem die Kosten der gedachten Art von der Staatsregierung als Polizeikosten hingestellt worden seien, und der von dem Herrn Minister des Innern ernannte Commissar zur Wahrnehmung des öffentlichen Interesses hat die Erklärung abgegeben, dass nach den Acten des Ministeriums des Innern eine derartige Abweichung von dem Grundsatze nie-

mals stattgefunden hätte. Diese Thatsache darf danach als feststehend gelten. Ob in sonstiger Hinsicht Verschiedenartigkeiten bestanden haben (z. B. hinsichtlich der Behandlung der Kosten als Landarmen- oder Ortsarmenpflegekosten) und ob bei der Behandlung der Angelegenheit überall gerade auf den oben erwähnten oder auf anderen Vorschriften gefusst worden ist, das ist ohne Belang. Es kommt hier nur darauf an, zum Zwecke der Erschliessung eines richtigen Verständnisses für die Gesetze vom 8. März 1871 und 11. Juli 1891 zu zeigen, was bis zum Erlasse dieser Gesetze wegen der in Rede stehenden Kosten im allgemeinen gegolten hat. Und nach der gegebenen Darstellung gehörten bis zu der Gesetzgebung der Jahre 1870 und 1871 über den Unterstützungswohnsitz in Preussen die Kosten der Anstaltspflege gemeingefährlicher Geisteskranken, wenn nicht nach ausdrücklicher Gesetzesvorschrift, so doch nach der ständigen, auch die regulativische Regelung beherrschenden Verwaltungspraxis, zu den Kosten der Armenpflege. Diese Gesetzgebung hat daran nichts geändert, sie hat jedoch zu Trägern der Last bei ortsarmen Personen ganz allgemein die Ortsarmenverbände berufen, während die Landarmenverbände von der Verpflichtung (gegenüber Ortsarmen), soweit sie ihnen durch besondere Bestimmungen auferlegt worden war, frei wurden und nunmehr darüber befinden konnten, ob sie nach Maassgabe des alten § 31 des Gesetzes vom 8. März 1871 unmittelbar eintreten wollten oder nicht. (Die durch die Dotationsgesetze begründete Verpflichtung der Communalverbände zur Einrichtung von Anstalten und Aufnahme von Geisteskranken blieb unerwähnt, sie hat aber mit der hier behandelten Frage der Tragung der Pflegekosten nichts zu thun.) In Wirklichkeit sind die Landarmenverbände für die Anstaltspflege gerade der gemeingefährlichen Geisteskranken nach wie vor in weitem Umfange eingetreten. Das ergeben die noch näher zu erwähnenden Materialien zu der Novelle vom 11. Juli 1891.

Bekanntlich vermehrten sich nun die Armenlasten während des letzten Drittels des vorigen Jahrhunderts ganz ausserordentlich, so dass vielfach eine Ueberbürdung der in ihrer Eigenschaft als Ortsarmenverbände unterstützungspflichtigen Gemeinden eintrat; sie hatte dann wieder zur Folge, dass die Fürsorge auf das äusserste Maass beschränkt und dass besonders die Anstaltspflege, obwohl sie wünschenswerth, ja nothwendig erschien, versagt wurde. Diesen Uebelständen sollte die Novelle vom 11. Juli 1891 abhelfen. Ihr Zweck ist nach der Begründung und nach den über sie gepflogenen Erörterungen ein zweifacher. Erstens soll die grosse Anzahl von Kranken, für welche die Unterbringung in einer Anstalt wünschenswerth erschien, welche ihrer jedoch nach Lage der Verhältnisse entbehren musste, der Pflege theilhaftig gemacht, und zweitens sollten die Ortsarmenverbände sowie die Angehörigen der Kranken entlastet, vor dem sonst häufig zu befürchtenden finanziellen Ruin bewahrt werden. Die Hervorhebung des zweiten Zweckes (zu vergl. unter anderem die Begründung erster Absatz am Schlusse und die Rede des Herrenhausmitgliedes von Levetzow in der Sitzung des Herrenhauses vom 24. Januar 1894) geschieht fast mit stärkerer Betonung als desjenigen der Bedürftigkeit der Kranken; die Rücksicht darauf, dass die Kranken „ihren Angehörigen zur Last fallen, ihnen bei der Aufsuchung von Arbeitsgelegenheit im Wege stehen und für sie recht eigentlich erst die Ursache der Verarmung bilden“ (Begründung) hat fast die wichtigere Rolle gespielt. Dieser zweite, wie gesagt, nichts weniger als untergeordnete Zweck des Gesetzes würde aber in hohem Maasse gefährdet worden sein, wenn es die Kosten für die Anstaltspflege derjenigen Armen, welche vorwiegend mit Rücksicht auf das Publicum internirt werden, als Kosten der Polizeiverwaltung von seiner Wirkung ausgeschlossen hätte. Als Polizeikosten würden sie nämlich, was nach der Rechtsprechung feststeht, mittelbare Kosten derörtlichen Polizeiverwaltung, nicht der Landespolizeiverwaltung darstellen und in dieser Eigenschaft von den betheiligten Gemeinden (ohne Mithülfe der Kreis- und Provinzialverbände) getragen werden müssen. Daraus würden sich dann für die Gemeinden leicht wieder die Nothstände entwickeln, welche die Novelle beseitigen will. Man hat zwar neuerdings versucht, die Behauptung zu verfechten, als ob die Staatskasse bereits gesetzlich verpflichtet sei, die gedachten Kosten zu tragen, sei es, weil sie Kosten der Landespolizeiverwaltung bildeten, sei es aus anderen, nicht näher dargelegten Gründen, und man hat der Regierung geradezu zum Vorwurf gemacht, dass sie sich einer klaren Verpflichtung zu entziehen suche. Der Versuch ist namentlich auch bei der Vertheidigung des sogenannten Antrages Schmedding im Abgeordnetenhause im Frühjahr des Jahres 1905 sowie in einigen Zeitungsartikeln gemacht, welche der Kläger zu den Streitakten überreicht hat, deren Inhalt er sich also wohl aneignen will. Aber die für jene Behaupttung gemachten Ausführungen beruhen offensichtlich auf eine Verkennung des rechtlichen Wesens der in Betracht kommenden Verhältnisse und auf unrichtiger Auslegung der gesetzlichen Vorschriften. Soweit sie einer Widerlegung bedürfen, ist sie in dem bereits gesagten enthalten. Hier soll nur noch folgendes hervorgehoben werden. Das Oberverwaltungsgericht hat



niemals ausgesprochen, dass die mehrfach erwähnten Kosten der Anstaltspflege nicht zu den Kosten der Armenlast gehörten, sondern Polizeikosten bildeten. In den einschlägigen Urtheilen (vergl. unter anderem Erkenntniss vom 12. Juni 1900 Entscheidungen Band XXXVIII Seite 150) war es nicht nöthig, zu dieser Frage Stellung zu nehmen. Es stand fest, dass es sich um Polizeikosten handle, die für vorläufige Sicherungsmaassregeln entstanden waren. Streitig war nur, ob es Kosten der örtlichen oder der Landespolizeiverwaltung waren, und diese Fragen hat das Oberverwaltungsgericht in ständiger Rechtsprechung dahin entschieden, dass die Aufwendungen, wenn überhaupt als Polizeikosten, so nur als Kosten der örtlichen Polizeiverwaltung angesehen werden könnten. Die gegen die Stellungnahme des Oberverwaltungsgerichts geführten Angriffe lassen eine rechtliche Begründung, welche gegenüber den Ausführungen der Erkenntnisse in Betracht kommen könnte und zu einer Widerlegung geeignet wäre, vermissen. Angesichts dieser Rechtsprechung durfte aber die Staatsregierung Kosten der gedachten Art gar nicht aus den Mitteln bestreiten, welche ihr durch das Etatsgesetz zur Verfügung gestellt, für derartige Aufwendungen aber nicht bestimmt waren. Wenn sie ferner — was zur Klärung noch bemerkt werden mag — jetzt dem Bestreben, die in Rede stehenden Kosten der (Orts-)Polizei aufzubürden, entgegentritt, so ist das keineswegs ein „unnöthiges Eingreifen in die Selbstverwaltung und ein rücksichtsloses Auftreten dieser gegenüber", wie es in einem der vom Kläger vorgelegten Zeitungsartikel heisst, sondern eine pflichtmässige Inschutznahme der ernstlich bedrohten Gemeinden. Da also die Ausscheidung der Pflegekosten für nicht um ihrer selbst willen internirte Geisteskranke aus der Armenlast eine schwere Gefährdung der Gemeinden mit sich gebracht hätte, da ferner eine solche Ausscheidung eine Abweichung von dem bis dahin geltenden Rechtszustande oder doch mindestens von den in der Praxis befolgten Grundsätzen darstellte, so wäre sie, falls das Gesetz vom 11. Juli 1891 sie hätte vornehmen sollen, sicher bei dessen Berathung zum Gegenstande einer eingehenden Erörterung geworden, während ihrer thatsächlich mit keinem Worte gedacht ist. Es ist undenkbar, dass dieser Punkt ganz übersehen oder absichtlich mit Stillschweigen übergangen wäre bei der Berathung eines Gesetzes, dessen ausgesprochener Zweck die Entlastung der Ortsarmenverbände, d. h. im grossen und ganzen der Gemeinden war, und übergangen wäre von parlamentarischen Körperschaften, welche gerade diesen Zweck mit besonderer Aufmerksamkeit und besonderem Wohlwollen verfolgten. Der Kläger kann sich für den von ihm behaupteten Ausschluss der aus sicherheitspolizeilichen Gründen internirten Geisteskranken nur auf die von dem Gesetze gebrauchten Worte „soweit sie der Anstaltspflege bedürfen" stützen. Aber die gewollte Einschränkung in dem Sinne von „ihrer selbst willen bedürfen" ist nach dem gewöhnlichen Sprachgebrauche mit den Worten keineswegs verbunden. Man sagt z. B. von einem Gefangenen, er „bedürfe" beständiger Bewachung, um nicht auszubrechen, von einem Pferde, es „bedürfe" eines sehr sicheren Reiters, ohne dabei an das eigene Bedürfniss des Gefangenen oder des Pferdes zu denken. Diese Bedeutung des Ausdruckes leugnet im Grunde auch der Kläger nicht, wenn er erklärt, der Kranke sei wohl der Anstaltspflege bedürftig, aber nur wegen der Gemeingefährlichkeit. Der Zwischensatz war aber auch in dem Gesetzentwurfe nicht enthalten, so dass schon aus diesem Grunde nicht die Rede davon sein kann, dass der eine Faktor der Gesetzgebung, die Staatsregierung, beabsichtigt habe, durch den Zwischensatz den Rechtszustand, den sie als den gültigen ansah, oder die Grundsätze, welche in der Praxis wesentlich unter ihrer Mitwirkung zur Herrschaft gelangt waren, abzuändern. Der Zwischensatz ist erst durch die Commission des Herrenhauses in das Gesetz gelangt, und zwar zunächst in der Form „welche der Anstaltspflege bedürfen". Dabei wurde aber hervorgehoben, dass „der Zweck des Gesetzes in keiner Weise alterirt" werden solle. Dass aber nach der Meinung und Absicht der Regierung und des Landtages das Gesetz sich auch auf die Fürsorge für gemeingefährliche Geisteskranke ohne Unterschied erstrecken werde und erstrecken sollte, das ist nicht nur aus den bisher angestellten Erwägungen zu folgern, sondern es zeigt sich auch positiv in der Begründung des Gesetzentwurfes und den gepflogenen Berathungen. Die Begründung hebt (Seite 6) hervor, dass die Fürsorge für die dem Gesetze zu unterwerfenden Geisteskranken u. s. w. bisher unzulänglich gewesen sei. „Die Landarmenverbände", so heisst es wörtlich, „unterhalten wohl Irrenhäuser (insbesondere für gemeingefährliche oder heilbare Geisteskranke), Siechenhäuser u. s. w.... alles dieses aber, wenigstens in vielen Provinzen, nicht in einer dem Bündnisse auch nur annähernd entsprechenden Weise." Dann wird weiter erwähnt, dass in der Provinz Sachsen die Kreise auf Grund der ihnen durch das Ausführungsgesetz vom 8. März 1871 ertheilten Befugniss die Pflegekosten für Irre ganz oder zum Theil übernommen hätten; das aber hatten die Kreise der Provinz Sachsen (vergl. die Rede des Abgeordneten von Rauchhaupt in der Sitzung des Ab-



geordnetenhauses vom 29. Januar 1891) gerade nur hinsichtlich der Specialunterhaltungskosten der heilbaren und gemeingefährlichen Irren gethan, nicht aber hinsichtlich derjenigen, die nicht heilbar oder gemeingefährlich waren, „bei denen das öffentliche Interesse nicht in dem Maasse mitspielt". Endlich treffen auch die Anführungen der Begründung über die bis dahin herrschenden Zustände (wie die Ortsarmenverbände nur im äussersten Nothfalle sich zur Unterbringung von Geisteskranken in Anstalten verständen und wie trotzdem manche Ortsarmenverbände durch derartige Kosten überlastet seien u. s. w.) nur zu, wenn man sie mit von dem Verhältnisse der gemeingefährlichen Geisteskranken zu den Ortsarmenverbänden versteht. Die Auffassung des Entwurfes tritt besonders auch hervor in der ihm angehängten Nachweisung der der Kur und Pflege ortsarmer Geisteskranken gewidmeten Anstalten und der Tragung der Kosten. Im allgemeinen wird dort nur zwischen heilbaren und unheilbaren Geisteskranken unterschieden. Dagegen ist eine Unterscheidung zwischen Gemeingefährlichen und Ortsarmen nirgends ersichtlich, wohl aber wird der Gefährlichen besonders gedacht bei Brandenburg und Pommern; indem dort bemerkt wird, dass die Ortsarmenverbände für Heilbare und Gefährliche nichts zu bezahlen haben. Daraus ergiebt sich, dass, wenn es bei anderen Provinzen, z. B Ostpreussen, in Col. 3 heisst: „für Heilbare nichts — für andere 100 Mark" — unter den „anderen", für die die Ortsarmenverbände 100 Mark zahlen müssen, die Gefährlichen mitbegriffen sind, und daraus folgt dann weiter, dass man diese Last unter derjenigen, wegen deren man die Ortsarmenverbände erleichtern wollte, mit verstand. (Schluss folgt.)

Mittheilungen.

— Der **Kurs** der **medicinischen Psychologie** mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen findet bestimmt vom 2. bis 7. April in Giessen (Klinik für psychische und nervöse Krankheiten) statt, nachdem bisher 30 Aerzte und Lehrer aus verschiedenen Theilen Deutschlands, sowie einige Ausländer ihre Theilnahme zugesagt haben. Das definitive Programm wird von Ende Februar an auf Wunsch versandt.

Professor Sommer.

— Der **Kongress** für **experimentelle Psychologie** findet nicht vom 10. bis 13. April, wie früher angenommen, sondern vom 18. bis 21. April in Würzburg statt. Unter den 5 Referaten sind 2 psychiatrischer Natur, namentlich Sommer: Psychiatrie und Individualpsychologie und Weygandt: Die psychologische Untersuchung der angeborenen Schwachsinnigen. Mit Rücksicht auf die Jahresversammlung des deutschen Vereins für Psychiatrie in München am 20. und 21. April werden diese Themata vermutlich am Anfang behandelt werden, so dass ein Besuch beider Versammlungen für Psychiater ermöglicht wird. Vorsitzender des Lokalkomitees in Würzburg ist Prof. Dr. Külpe.

— **Aus Pommern.** Die Provinzial-Heilanstalt Lauenburg i. Pom. hat nach der Herausgabe ihres letzten zusammenfassenden Berichts (über die 15 ersten Betriebsjahre) wieder einen bedeutsamen Schritt vorwärts gethan. Die Provinzialverwaltung hat das gegenüber der Anstalt an dem sog. Kuhbach gelegene Mühlengrundstück „Finkenbruch" mit allen Aeckern und einem schönen Park für 114 000 M. angekauft. Die Gebäude sind, wo es nöthig war, im Innern etwas umgeändert worden. In der früheren Mühle ist die vorhandene Turbine, welche bis zu 30 P. S. leistet, zum elektrischen Kraftbetrieb verwendet worden. Dieser besorgt nunmehr die gesammte elektrische Beleuchtung der Anstalt und ausserdem einen grossen Theil des Tages den Betrieb der Pumpe für das Hochreservoir und des Motors für die Maschinen in der Waschküche. Die von früher vorhandenen Dampf- und Dynamomaschinen sind als doppelte Reserve an Ort und Stelle belassen worden. — Die Ersparnis an Kohlen giebt allein schon eine reichliche Verzinsung des Anlagekapitals für Finkenbruch. Ausserdem aber konnte dort eine schöne Familienwohnung für den Verwaltungsinspektor und eine für den ersten Maschinisten eingerichtet werden, und die Anstalt hat durch die hinzugekommenen 80 Morgen Acker guter Qualität eine werthvolle Vergrösserung ihres landwirthschaftlichen Betriebes erhalten. Die Ländereien des Anstaltsgutes Röpke und die rings um die Anstalt gelegenen bilden nach der Einverleibung von Finkenbruch jetzt einen zusammenhängenden schönen Besitz von rd. 900 Morgen. — In einem passend hergerichteten früheren Arbeiterwohnhause sind 3 Pflegerfamilien untergebracht. Dem einen Pfleger sind in seiner geräumigen Wohnung 2 weibliche Kranke in Familienpflege gegeben worden. Man darf hoffen, dass die damit eröffnete Familienpflege sich auch hier allmählich weiter ausdehnen lassen wird. Siemens.

— **Die Zahl der Medicinstudirenden** an den medicinischen Facultäten des deutschen Reiches, welche im Wintersemester 1897/98 7968 betrug und von da an bis zum Wintersemester 1904/05 auf 5926 sank, stieg im Sommersemester 1905 auf 5978 und im Winter 1905/06 weiter auf 6080. Mit letzter



Zahl hat sie bereits wieder die Höhe des Wintersemester 1903/04, nämlich 6072, überschritten.

— **Geistig Minderwerthige unter den Fürsorgezöglingen.** Aus einer in dem preussischen Ministerium des Innern entstandenen Nachweisung über die Fürsorgezöglinge im Jahre 1904/05 geht hervor, dass über 9% derselben geistig nicht normal sind. Bei der Gesammtbevölkerung rechnet man durchschnittlich höchstens 5 geistig Abnorme auf 1000 Personen, sodass unter den Fürsorgezöglingen 18 mal mehr geistig Abnorme sind als unter der Gesammtbevölkerung. Dieses Prozentverhältniss entspricht aber kaum der Wirklichkeit. In der Fürsorgeerziehungsanstalt zu Kaiserswerth z. B., an welcher durch den hauptamtlich angestellten Arzt, einen Psychiater, eine eingehendere Prüfung des Geisteszustandes der Zöglinge stattfindet, wurde die Zahl der geistig minderwerthigen auf 66,8% ermittelt, wozu noch 3,6% im engeren Sinne geistig erkrankte kamen.

Diesem hohen Prozentsatz geistig Minderwerthiger unter den Fürsorgezöglingen entspricht der geringe Erfolg der Fürsorgeerziehung, über den man schon jetzt klagen hört. Wer aber seine Pädagogik auf biologischer, medicinisch-psychologischer Grundlage aufbaut und nicht an die abstrakten Begriffe einer metaphysischen Psychologie hängt, wird diesen Misserfolg ebenso erklärlich wie unabänderlich finden.

Der Umstand, dass bei mehr als 25% der Zöglinge Trunksucht der Erzeuger vorlag, ist nur eins von den zahlreichen Momenten, welche lehren, dass die im allgemeinen Interesse vorgenommenen individuellen Eingriffe und Beschränkungen bei dem degenerirten Kinde in der Regel viel zu spät kommen, sondern schon bei den Erzeugern einsetzen müssten.

Referate.

— J. Pagel: Grundriss eines Systems der medicinischen Culturgeschichte. Berlin, S. Karger. 1905. 106 S. Preis 2,80 M.

Das vorliegende Werkchen — eine leider nur zu komprimirte Wiedergabe von akademischen Vorlesungen aus dem Wintersemester 1904/05 — wird bei dem gegenwärtig in so erfreulicher Weise zunehmenden Interesse für medicin-geschichtliche Fragen ohne Zweifel freudig begrüsst werden.

Die ganze historische Entwickelung der Medicin mit allen Kämpfen und Verirrungen, die gegenseitige Beeinflussung der Medicin und anderer Kulturfactoren auf einander werden in gedrängter Kürze vorgeführt und kritisch beleuchtet. Bei Betrachtung des modernen Arztes und seiner Stellung bekennt sich Verf. als einen Gegner des Frauenstudiums. In der staatlichen Krankenversicherung sieht er keinen Fortschritt, sondern die Quelle zu Bummelei, Simulation und Schlaffheit. In den letzten Capiteln lernen wir die Person des Arztes in seinen idealen und ästhetischen ausserberuflichen Strebungen kennen. Auch dem Humor in der Medicin wird sein gebührender Platz eingeräumt. Horstmann-Treptow a. R.

— Moderne Essays: Herausgeber Dr. Hans, Landsberg. Böcklin: von Rudolf Klein. II. Aufl. 47 S. Preis: M. 0,50. Matkowsky: von Julius Bab. 47 S. Preis: 0,50. Berlin bei Gose und Tetzlaff.

In der Form des „Versuches" werden uns beide Künstler nebst ihrer Kunst und Lebensarbeit, die auch von der Mit- und Nachwelt aufs höchste geschätzt wird, vorgeführt. Es sind Leistungen, die ein Uebermaass von geistiger Veranlagung und Gestaltungskraft bekunden, wie es Durchschnittsmenschen nicht eigen ist. Nur schade, dass die Sprache stellenweise etwas schwulstig ist. Immerhin behandeln beide Verf. den Stoff ebenso mit Lust und Liebe wie auch „in einer so unsagbaren, erhabenen Grösse, dass wir nur wünschen, nicht aber hoffen dürfen, je dieses Ziel allgemein zu erreichen." Meyer-Geseke i. W.

Personalnachrichten.

— **Preussen.** Verliehen wurde: dem Sanitätsrath Dr. Gock-Landsberg der Rothe Adlerorden IV. Kl., dem Geh. Med.-Rath Dr. Sander-Dalldorf, dem Geh. Med.-Rath Prof. Dr. Moeli-Herzberge und dem Hofrath Prof. Dr. Fürstner-Strassburg i. E. der Kronen-Orden III. Kl.

Sachsen. Oberarzt Dr. Hösel an der Landesirrenanstalt Zschadrass wurde zum Direktor dieser Anstalt unter Verleihung des Titels „Medicinalrath" ernannt. Der bisherige Direktor dieser Anstalt, Ober-Med.-Rath Dr. Günther, wurde in gleicher Eigenschaft an die Anstalt Hubertusburg versetzt, (die von nun also keinen Verwaltungsdirektor mehr, sondern nur einen ärztlichen Direktor hat). —

Privatdocent der Psychiatrie Dr. Lehmann in Jena wurde zum ausserordentlichen Professor ernannt.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 48. 24. Februar. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Wahnidee und Irrthum.

Von Medicinalrath Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

Man wird sich erinnern, dass 1902 ca. 5000 kanadisch-russische Duchoborzen zu unwirthlicher Jahreszeit auszogen, um fern von menschlichen Wohnstätten — Jesum zu suchen, den ihre fanatischen Führer ihnen versprochen hatten.*) Nur mit grosser Mühe gelang es der Regierung, diese irregeleiteten, halb entblössten und verhungerten Schaaren mit Gewalt vor weiterem Unheile zu bewahren. Gerade Russland ist bekanntlich das gelobte Land aller möglichen und unmöglichen Secten voll tiefsten Aberglaubens und zu Handlungen fähig, wie man sie kaum im finstersten Mittelalter finden würde. Alles ist daher auf das beste vorbereitet: ein ungebildetes, meist armes, weiches, mehr oder minder alkoholisirtes, allen fremden Einflüssen leicht zugängliches Volk, das schon im Einerlei des öden und traurigen Daseins, im Anblick jener wüsten, unabsehbaren Steppen, mit zu Melancholie geneigtem Blute, von lebhafter Phantasie und wenig entwickelter Kritik, welches dem ersten besten Redner, der oft auch nur ein Suggerirter und Verführter ist, zum Opfer fällt und thut, was Jener sagt. Man erinnere sich ferner der Vorgänge auf dem meuterischen russischen Schiffe Potemkin (siehe z. ste sais Stout, sept. 1905). Wer denkt nicht endlich mit Schrecken an jene 25 Personen, die, aufgehetzt, 1897 im Kreise Tiraspol sich lebendig begraben liessen, und das alles — um der Schätzung zu entgehen, die sie für eine Sünde hielten.*)

Wer Löwenstimm's klassische Arbeiten**) über das russische Sektenwesen gelesen hat, wird wahrlich am menschlichen Verstand irre und sich fragen: sind diese Leute verrückt oder nicht? In den beiden erwähnten Vorfällen würde man strafrechtlich wohl nur die Verführer belangen können; denn über seinen eigenen Leib hat jeder schliesslich selbst das Verfügungsrecht, nicht aber über den seiner Mitbürger. Wie wäre es aber geworden, wenn im erst erzählten Falle die Leute, statt Jesum zu suchen, den Teufel gesucht und einen etwa als solchen bezeichneten Menschen totgeschlagen hätten? Sie wären sicher sämmtlich Mitschuldige am Verbrechen gewesen. Hätte man sie aber als zurechnungsfähig hingestellt? Sie hätten im höchsten Affect gehandelt, wo jede Gegenvorstellung mehr oder minder aufhört, weiter beeinflusst durch Hunger und Kälte. Sicher würde der Richter bei ihnen mindestens eine verminderte Zurechnungsfähigkeit resp. mildernde Umstände angenommen haben, wahrscheinlich sogar — und das mit gutem Recht — völlige Unzurechnungsfähigkeit. Und trotzdem hätte er sie nicht ohne weiteres für verrückt gehalten. Gerade diese fanatischen Duchoborzen, wie auch noch andere Secten: die Skopzen, Flagellanten, Chlysten, die Wanderer, Verneiner u. s. f. zeichnen sich vor dem übrigen stumpfen und passiven Volke z. T. durch grosse Activität im Handel und Wandel aus, weshalb sie es auch meist zu

*) Siehe Spitzka; Auftreten von Epidemien des religiösen Fanatismus im 20. Jahrhundert. Archiv für Criminalanthrop. etc. Bd. 14, p. 9 ff. Ferner: Bechterew: Die Bedeutung der Suggestion im socialen Leben, Wiesbaden, Bergmann, 1905. Auf pag. 115 giebt Verf. einen kurzen Hergang der Sache, leider nur auf einen Zeitungsbericht hin, ohne die bedeutende Arbeit Spitzka's heranzuziehen. Er scheint auch die Darstellung der Sekte der Duchoborzen bei Löwenstimm (Archiv f. Criminalanthrop. etc. II, 65 ff.) nicht zu kennen.

*) Siehe Bechterew (lc. p. 47 ff.) u. Löwenstimm (Archiv f. Criminalanthrop. I. p. 231).

**) Löwenstimm: Fanatismus als Quelle der Verbrechen. Archiv f. Criminalanthrop. etc. Bd. I, 222 ff. und: Fanatismus u. Verbrechen, ibidem II, 65 ff.

grösserem Wohlstande bringen. Trotz ihrer sonstigen geistigen Gesundheit wird man aber doch die abnorm hohe Suggestibilität wenigstens als krankhaft bezeichnen müssen und deshalb die „geistige Gesundheit" nur cum grano salis hinnehmen. Mit Recht schreibt Löwenstimm*) von diesen Secten: „Wenn wir einen Rückblick auf all diese dunklen, blutigen Thaten werfen, dann müssen wir uns wundern, welch' unseligen Einfluss die heilige Schrift auf den ungebildeten Menschen ausüben kann. Die zehn Gebote, die Lehre des Heilands von der Liebe zu seinem Nächsten sind vergessen, und nur die dunklen Seiten, welche von der Sünde, dem Opfer und der Sühne reden, ziehen die Aufmerksamkeit der Mystiker auf sich." Dies sehen wir z. B. auch classisch an folgendem Beispiele.**) Ende der sechziger Jahre wurde im Gouvernement Woronesch eine Secte entdeckt, die zur Rettung der Seele das Fleisch töten wollte, aber nicht etwa durch Kasteiungen und Fasten, sondern durch übermässigen Genuss und Beischlaf mit fremden Frauen! Das zeigt deutlich, wie beliebige Stellen der Bibel herausgegriffen werden und gegebenen Falls auf geradezu wahnsinnige Weise interpretirt werden können.

Wir hatten es bisher mit religiösen Fanatikern zu thun. Das eben Gesagte gilt aber auch durchaus für die Bethätigung irgend eines Aberglaubens. Der Hexen- und Dämonenglaube ist noch lange nicht ausgestorben und die unsinnigsten Handlungen, ja sogar Verbrechen können jederzeit hier ihre Quelle finden. Wieder ist Russland hierfür das klassische Land, namentlich in seinen „Klikuschen" und „Verderbern"***). Auch bei uns kommt solches hier und da noch vor, wie zwei interessante Fälle Weygandt's†) beweisen, die allerdings geisteskranke Personen als Hauptfaktoren betreffen. In den anderen Fällen werden wir durchaus nicht ohne weiteres von Irrsinn sprechen dürfen, so irrsinnig auch der Glaube und besonders eventuell die Thaten erscheinen mögen. Hier, wie bei den Secten, sehen wir der Seele eine Idee zugeführt, die nicht nur in dem ganzen Milieu als absolut richtig erkannt wird, sondern auch mit einem so hohen Affectwerthe behaftet ist, dass sie sich leicht in die That umsetzen kann und muss.

Ist diese so durch Suggestion entstandene fixe Idee eine Wahnidee im psychiatrischen Sinne oder nur ein Irrthum? Man findet in den Büchern u. s. f. selten völlige Klarheit über diese Begriffe und gerade auf das viele Gemeinsame zwischen ihnen, das eine sichere Diagnose oft recht schwierig gestaltet, wird wenig eingegangen. Und doch fordern jene Fälle von Massensuggestionen kategorisch zu einer Klärung auf. Man sagt zunächst, die Wahnidee verlange einen geeigneten Nährboden, der Irrthum nicht. Nun zeigen aber gerade jene Epidemien und Zeiten eines herrschenden Aberglaubens, z. B. an Hexen, dass auch solcher nicht hier fehlt, wenn auch qualitativ und quantitativ anders geartet. In beiden Fällen besteht ferner eine Affectlage, eine besondere Stimmung; dort endogen, hier exogen durch das Milieu und die Zeit bestimmt. Die Wahnidee entwickelt sich meist allmählich, der Irrthum sehr oft plötzlich, wenn der Affect eine gewisse Spannung angenommen hat und nun die Rede des Suggestionators etc. einfällt, doch giebt es auch hier Uebergänge. Die Begründung kann ferner bei Irrthum und Wahnidee eine ähnliche sein. Irgend eine Stelle z. B. aus der Bibel oder aus einer Rede kann den Ausgangspunkt beider bilden, wenn ein primärer oder secundärer (suggerirter) Affect dieselbe heraushob. Dann werden in gleichem Sinne eventuell Erinnerungsfälschungen, zufällige Begegnisse etc. mit einbezogen, wobei allerdings die Grenze zwischen Irrthum und Wahnidee schon fast überschritten wird, noch mehr freilich, wenn Hallucinationen, Illusionen, Krämpfe etc. hinzutreten, wie so oft bei Massenepidemien, die dann wieder ihrerseits suggestiv wirken. Ja, es könnte in solchen, mindestens an das Pathologische streifenden Fällen selbst einmal zu Identitätsstörungen*), auch zur „Perseveration" der Affectlage kommen, ohne dass doch wirklicher Wahn besteht. Trennt man solche Personen, so ist bald alles verflogen, zum Beweise, dass es sich hier nur um pathologische Züge bei besonders Disponierten handelte. Man müsste denn annehmen, was mir nicht behagen will, dass es ein acut entstandener Wahn sei, der zur vollen Heilung gelangte. Darin einen solchen aber bei einer grossen Masse plötzlich ausbrechend zu sehen, geht nicht gut an. Nur wenige sind es in der That, die z. Z. geisteskrank waren, oder es im Laufe der Bewegung wurden. Die übrigen haben die falsche Idee nur vorübergehend angenommen, als Irrthum.

Wichtiger aber für die Unterscheidung im allgemeinen sind folgende Punkte. Die echte Wahnidee bleibt selten allein. Solche Fälle von „überwerthiger

*) Löwenstimm, l. c. II, p. 69.

**) Archiv f. Criminalanthrop. etc. I, p. 227.

***) Siehe bei Bechterew.

†) Weygandt: Beitrag zur Lehre von den psychischen Epidemien. Halle, Marhold, 1905.

*) Siehe den interessanten Fall von Hartmann: Andichtung von Kindesmord, im Archiv für Criminalanthrop. etc. 1905, p. 49 ff. Bd. 21, wo es sich allerdings um ein geisteskrankes Individuum handelte.



Idee" (Wernicke) scheinen mir aber, wenn auch sehr selten, wirklich vorzukommen. Meist gliedern sich jedoch bald andere, verwandte oder kontrastierende Ideen an, die, je weiter sie vom Centrum stehen desto mehr hin- und herschwanken. Das ist beim blossen Irrthum nur ganz ausnahmsweise der Fall. Es ist wohl denkbar, dass z. B. einmal in einem Falle von folie imposée sich um jene suggerierte Idee, jenen Irrthum gelegentlich weitere Vorstellungen ancrystallisiren, also dass eine Art von Weiterentwickelung stattfindet. Wer vom Hexenglauben tief durchdrungen ist, wird leicht überall Hexen sehen, hören und riechen und sich vielleicht sogar einmal von ihnen verfolgt wähnen, womit freilich die Grenze des noch leidlich Physiologischen schon überschritten erscheint, wenn nicht die Loslösung aus dem Milieu etwa den Betreffenden zur Besinnung bringt und das Ganze nur als hypertrophirenden Irrtum erweist. Die Wahnidee ist ferner unerschütterlich, nicht wegdiskutirbar, meist stark affectbetont und zum Handeln drängend. Dasselbe kann aber eventuell auch beim Irrthum beobachtet werden. Ein russischer Bauer wird in seinem Milieu sich vom Hexenglauben kaum losmachen können, wird dort immer von dem begleitenden Affect beherrscht werden und unter Umständen leicht zu Unthaten geneigt sein. Nur eine Separirung kann hier helfen, beim Paranoiker dagegen nie. Denn hier ist die Persönlichkeit bis in das innerste Mark hinein verfälscht, bei dem anderen aber nicht. Nur das äussere Gebahren kann ein ähnliches sein. Der Paranoiker wird stets mehr oder weniger gefährlich sein, der andere fast nur, wenn er mit Gleichgesinnten zusammenkommt und ein Hetzer in das Pulverfass den Funken wirft. Denn im übrigen, soweit nicht sein Aberglaube berührt wird, bleibt er ein brauchbares Mitglied der Gesellschaft, was der Paranoiker nur selten ist.

Wir sehen also, dass zwar Irrthum und Wahnidee gewöhnlich deutliche Unterschiede aufweisen, aber dass in besonderen Fällen (Massensuggestion, folie imposée) diese sich verwischen und die Psychologie beider äusserlich sich ähneln kann.*) Es bleibt dann nichts übrig, als eine genaue Explorirung des Einzelnen vorzunehmen, vor allen aber zu versuchen, durch Separirung der betreffenden Person die Diagnose zu fixiren. Die Wahnidee wächst nur auf pathologischem Boden, der Irrthum meist blos auf gesundem. Die Idee an sich ist weder bei der Wahnidee noch beim Irrthum charakteristisch. Wir wissen ja z. B., wie oft der Kern des Querulantenwahns ein wahrer ist, ebenso bisweilen beim Eifersuchtswahn, und nur das weitere Auswachsen desselben ins Krankhafte stützt die Diagnose. Andererseits erscheint als Irrthum oft das Thörichtste möglich, wenn es nur im Milieu und in der Zeit begründet liegt, wie z. B. der Hexenglaube. Gewisse Ideen allerdings tragen sofort den Stempel des Wahnhaften an sich, z. B. wenn einer behauptet, er bestehe aus Glas, oder wenn ein anderer, der unangenehme Empfindungen hat, meint er sei Tags oder Nachts mit dem Beile bearbeitet worden. Kurz, wir sehen daraus, wie oft Irrthum

---

*) Ja wahrscheinlich ist sie auch innerlich. Denn mit vielen anderen bin ich der festen Ueberzeugung, dass im grossen und ganzen die normale und pathologische Psychologie denselben inneren Gesetzen folgen. Darauf beruht ja auch der Werth der psychologischen Kenntnisse für die Psychiatrie einerseits und andrerseits die wichtigen Aufschlüsse, welche uns die Psychiatrie für die normale Psychologie gewähren kann, wie dies namentlich Störring in seinem Buche schön dargelegt hat. Es giebt also im pathologischen psychischen Geschehen kein eigentliches novum, sondern alles lässt sich von normalen Verhältnissen aus verstehen, wobei eben dann die Uebertreibungen, Verschiebungen u. s. f. pathologisch bedingt sind, während die grossen Linien dieselben bleiben. Und Lomer (Einige Wurzeln der Wahnbildung im Alltagsleben. Diese Zeitschr. 1905, Nr. 36) hat völlig recht, wenn er andrerseits behauptet, dass auch im Alltagsleben so manche „specifisch paranoische oder paranoide Vorgänge" vorkämen. Erst die Zukunft, meint er weiter richtig, könne oft entscheiden, was psycho-, was pathologisch sei. Das Specifisch-Paranoische sieht er im Uebermächtig-werden bestimmter Vorstellungskomplexe. Dasselbe kann aber, meine ich, auch beim Irrtum der Fall sein. Noch näher als die Ansicht von Lomer führt uns Fauser. (Zur allgemeinen Psychopathologie der Zwangsvorstellungen u. s. w. Centralblatt für Nervenheilkunde etc. 15. Dezember 1905). Nach ihm ist der Uebergang in Geisteskrankheit (Wahnidee resp. Sinnestäuschung) dann eingetreten, „wenn die aktive Apperzeption völlig vernichtet, wenn nur noch passiv apperzipirt wird; . . . .". Aber auch das, glaube ich, kann eventuell beim echten Irrthum geschehen. Für Jendrassik wiederum (Ueber die Entstehung der Halluzination und des Wahnes. Neurolog. Centralblatt 1905, Nr. 23) ist die Wahnidee eine Zwangsvorstellung und als solche eine Suggestion in einem dazu veranlagten Nervensystem, identisch mit der hypnotischen Suggestion. „Auf diese Weise ist also nicht ein lokalisirter krankhafter Reiz die Ursache des Wahnes, der Halluzination, sondern es ist eine Idee, die sich auf bereitetem Terrain festsetzt . . ." Wenn dies richtig ist, was freilich noch sehr des Beweises bedarf, „so kann man vom Irrtum ein gleiches aussagen. Kurz, man sieht schon hieraus, wie verwickelt die Dinge liegen und dass man mit gewissen Schlagwörtern nicht weit kommt. Und bei der Suggestion spricht man gewöhnlich nur von der verbalen. Aber auch Handlungen haben stark suggerirende Kraft und wie selbst hier auf diesem engen Gebiete schwierige Fragen auftauchen können, erkennt man bei dem Lesen der Arbeit von Marandon de Montyel: de l'imitation involontaire in den Archives d'anthropol, crim. etc. 1906, p. 1.



und Wahnidee sich berühren und wie der Diagnose dadurch Schwierigkeiten entstehen können. Es kann sich aber weiter aus einem echten Irrthum bei besonders geeignetem Boden und starker exogener Einwirkung auch ein wahrhafter Wahn entwickeln, umgekehrt auch bei einem Wahnsinnigen sich irgend ein Irrthum einstellen, der als solcher anerkannt wird und sich korrigiren lässt, während die Wahnidee ruhig weiter fortbesteht.

(Schluss folgt.)

Der Aerztemangel an Irrenanstalten und eine bisher nicht beachtete Ursache desselben.

Von *H. Hoppe*, Königsberg.

Professor Alt weist in dem Aufsatze „Videant consules" (diese Wochenschrift Nr. 43—45) mit beredten Worten auf die grosse Gefahr des Aerztemangels und der Verkümmerung des ärztlichen Nachwuchses an Irrenanstalten hin, wie er dies in dankenswerther Weise bereits vor einigen Jahren gethan hat, nachdem ich zuerst im Jahre 1897 in meinen Aufsätzen zur Stellung der Irrenärzte die Frage in Anregung gebracht und seitdem wiederholt behandelt habe. Seine Vorschläge zur Abhilfe, die sich ungefähr mit den meinigen decken, nur dass Alt jetzt noch einige etwas weitergehende Forderungen stellt, verdienen gewiss alle Billigung.

Was nun die Ursachen betrifft, welche Alt für die Verkümmerung des ärztlichen Nachwuchses anführt, so wird ein Umstand besonders hervorgehoben, der bisher nicht die genügende Beachtung gefunden hat, der allgemeine Rückgang des ärztlichen Studiums, die seit 15 Jahren zu beobachtende ununterbrochene Abnahme der Medicinstudierenden, wie sie Geh. Med.-Rath Dr. Dietrich nachgewiesen hat. Dieser Rückgang hat nach Alt bewirkt, dass sich seit einiger Zeit ein Mangel an geeigneten Kräften zur Besetzung der Assistenzarztstellen überall, auch an den allgemeinen Krankenhäusern, in leidigster Weise fühlbar macht. Alt hat Krankenhausleiter aller Disciplinen ausnahmslos darüber klagen hören, dass es heutzutage schwer, ja unmöglich sei, tüchtige Assistenten in ausreichender Zahl zu bekommen und zu halten, wie dies in den Irrenanstalten in noch stärkerem Grade schon seit fast 2 Jahrzehnten bitter empfunden wird.

Es ist ja keine Frage, dass, wenn in der That eine wachsende Abnahme des Zugangs zum Medicinstudium stattgefunden hat, diese auch zu einer Abnahme der Bewerbungen um Assistenzarztstellen führen, und dass sich naturgemäss dieser Mangel zunächst in den Irrenanstalten fühlbar machen musste, wohin die Neigung die jungen Aerzte erst in letzter Linie führt. Dass aber die Abnahme der Medicinstudierenden die einzige Ursache für den allgemeinen Assistenzarztmangel sei, möchte ich stark bezweifeln. Der Mangel hätte nicht in so acuter Weise in die Erscheinung treten können, wenn nicht gleichzeitig noch ein Moment hinzugekommen wäre, welches den Kreis der Bewerber bedeutend verkleinert hat, ein Moment, welches gerade in den letzten 15—20 Jahren zur Geltung gekommen ist, also ungefähr gleichzeitig mit der Abnahme der Medicinstudierenden. Ich will ganz sine ira et studio sprechen, ich will einfach die Thatsache constatieren, ohne Vorwürfe zu erheben oder Jemanden anzuklagen und ohne zu erwarten, dass dadurch in der Sachlage irgend etwas geändert werden wird. Aber die historische Gerechtigkeit erfordert es, nichts zu verschleiern und ganz offen die Dinge so darzustellen, wie sie sind.

Das angedeutete Moment besteht darin, dass man in Deutschland seit Anfang oder Mitte der 80er Jahre begonnen hat, die jüdischen Aerzte allmählich aus den beamteten Stellungen herauszudrängen resp. als Assistenzärzte nicht mehr anzustellen. Es ist dies ja keine isolierte Erscheinung, sondern sie hängt zusammen mit der allgemeinen antisemitischen, oder besser gesagt asemitischen, Tendenz, die seit dieser Zeit in Deutschland in zunehmendem Maaße Geltung gewonnen hat. In den Irrenanstalten trat diese Tendenz früher und stärker hervor, während sie die meist in den grösseren Städten gelegenen allgemeinen Krankenhäuser bei dem mehr liberalen Zug, der in den Grossstädten herrscht, erst später ergriffen hat. Die ausdrückliche Bemerkung allerdings, die sich vor Jahren hier und da in den Ausschreibungen fand, dass sich christliche Bewerber melden sollten, oder dass ein Taufzeugniss einzureichen sei, sind bald wieder auf Grund der darauf erfolgten Rekriminationen



geschwunden, aber es ist ja ein offenes Geheimniss, dass an den öffentlichen Irrenanstalten Deutschlands, mit Ausnahme vielleicht von 1 oder 2 städtischen, die etwaigen Bewerbungen jüdischer Aerzte schon seit vielen Jahren sofort beiseite gelegt werden, und dass die Irrenanstaltsdirektoren resp. die Verwaltungen die Assistenzarztstellen lieber Jahre lang unbesetzt lassen oder mit weniger fähigen Elementen besetzen, als dass sie einen jüdischen Arzt anstellen. Jetzt allerdings werden sich jüdische Aerzte bei der allgemein bekannt gewordenen Aussichtslosigkeit kaum mehr bewerben. So sind denn die öffentlichen Irrenanstalten, nachdem schon vor Jahren die letzten jüdischen Aerzte abgestossen worden sind, vollkommen „judenrein" geworden (mit Ausnahme wieder von einigen städtischen Anstalten). Und ähnliches gilt auch jetzt von den meisten öffentlichen Krankenhäusern.

Wenn man nun bedenkt, dass unter den Medicinstudierenden an den preussischen Universitäten die jüdischen etwa 16% bilden — früher war die Prozentzahl noch etwas grösser, und an den übrigen deutschen Universitäten, wo mir die Zahlen, mit Ausnahme von Strassburg (auch 16%), nicht zu Gebote stehen, werden die Verhältnisse wohl ähnliche sein — wenn man ferner bedenkt, dass von den jüdischen Studenten bei ihrer allgemein bekannten Mässigkeit und Strebsamkeit viel weniger verbummeln, als von den christlichen, und dass sie deshalb wohl auch im Durchschnitt das Examen früher machen, als die christlichen Mediciner, so kann man sicher annehmen, dass regelmässig mehr als der 6. Theil aller jungen Aerzte, welche die Approbation erhalten, aus Juden besteht. Es ist dies eine ganz beträchtliche Quote, auf welche die Irrenanstalten — und jetzt auch die meisten allgemeinen Krankenhäuser — von vornherein verzichten. Im Jahre 1898 waren an den öffentlichen Irrenanstalten Deutschlands 559 Aerzte angestellt, jetzt wird ihre Zahl bei der Vermehrung und Vergrösserung der Irrenanstalten 600 weit überschritten haben. Wären die Arztstellen an den Irrenanstalten den Juden in gleicher Weise geöffnet wie den christlichen Aerzten, so müssten, da die jüdischen Aerzte im allgemeinen etwa den 6. Theil aller Aerzte bilden, etwa 100 Arztstellen mit Juden besetzt sein, und die Irrenanstalten hätten 100 Vakanzen weniger und bei ihren Ausschreibungen eine um $^1/_5$ grössere Auswahl. Und ähnliches gilt für die allgemeinen Krankenhäuser. Dabei fällt noch ins Gewicht, dass die jüdischen Aerzte, was ja auch allgemein anerkannt ist, infolge einer besonderen Begabung für die Medicin (die wahrscheinlich aus der zahlreiche Generationen hindurch vorhandenen, zum Theil aus den äusseren Verhältnissen erklärlichen, besonderen Bevorzugung gerade dieses liberalen Berufes hervorgegangen ist) sich in besonders grosser Zahl durch Tüchtigkeit und ausserdem durch Ernst, Eifer, Fleiss und Nüchternheit auszeichnen. Die Verzichtleistung auf einen so bedeutenden und verhältnissmässig tüchtigen Theil der Aerzteschaft erklärt so, wenigstens zu einem Theil, den Assistenzarztmangel und die Verkümmerung des psychiatrischen Nachwuchses.

Ich habe diese Ausführungen nicht gemacht, um dafür zu plaidieren, dass die jüdischen Aerzte wieder „in Gnaden" aufgenommen werden. Nichts liegt mir ferner als ein Appell an das Gerechtigkeitsgefühl. Ich glaube auch nicht, dass, selbst wenn ihnen die Irrenarztstellen jetzt wieder eröffnet würden, sie sich in irgend wie erheblicher Zahl um solche bewerben würden, falls sie nicht die Gewähr haben, im Avancement, auch was die Direktorstellen anlangt, ganz ebenso berücksichtigt zu werden, wie ihre christlichen Collegen, wozu ja in absehbarer Zeit nicht die geringste Aussicht besteht. Ich wollte, wie gesagt, nur auf die Tatsachen hinweisen, damit nicht ein, wie mir scheint, nicht ganz unwesentlicher Grund für den Assistenzarztmangel der Berücksichtigung entgeht.

Entscheidung des preussischen Oberverwaltungsgerichts vom 20. VI. 1905, betreffs Unterbringung eines gemeingefährlichen Geisteskranken.

(Schluss.)

Die gleiche Auffassung und Absicht ist bei den Rednern des Herrenhauses überall erkennbar, wegen der im Abgeordnetenhause kundgegebenen Anschauung aber seien die Worte angeführt, durch welche der Abgeordnete von Rauchhaupt ohne von irgend einer Seite Widerspruch zu finden, die beabsichtigte Neuerung in der Sitzung des Abgeordnetenhauses vom 29. Januar 1891 formulirt hat, und welche dahin lauten:

„die Provinzialverbände hatten bisher meines Wissens nur die Verpflichtung zur Unterbringung solcher Geisteskranken, welche gemeingefährlich, oder



heilungsfähig waren, anderen Geisteskranken gegenüber hatten die Provinzen keine gesetzliche Verpflichtung. Diese letztere soll jetzt ausgesprochen werden."

Demnach kann kein Zweifel sein, dass der Entwurf des Gesetzes auch die gemeingefährlichen Geisteskranken hat treffen wollen, und dass die Einfügung des Relativsatzes in den neuen § 31 weder nach der Absicht des Herrenhauses noch nach der des Abgeordnetenhauses jene Absicht des Gesetzentwurfes hinsichtlich der gemeingefährlichen Geisteskranken hat ausschliessen wollen. Die spätere Veränderung des „welche" in „soweit dieselben" ist für die hier interessirende Frage ohne Bedeutung. Sie bezweckt, wie die weiteren Verhandlungen ergeben, nur eine Klarstellung des Inhaltes der Verpflichtung zur Pflege dahin, dass sie nicht Unterricht und Ausbildung umfasse und zeitlich nicht länger dauere, als das Bedürfniss bestehe.

Das Ergebniss der bisherigen Erörterungen ist also folgendes:

Die Ausführungsgesetze zum Unterstützungswohnsitzgesetze sind entstanden unter der Herrschaft von Grundsätzen, nach denen die Kosten der Anstaltspflege von Geisteskranken als solche der armenrechtlichen Fürsorge auch dann gelten, wenn für die Unterbringung des Kranken vorwiegend nicht die Rücksicht auf den Kranken selbst, sondern die Rücksicht auf die Sicherheit Dritter oder auf die öffentliche Ordnung bestimmend gewesen waren. Die Ausführungsgesetze selbst stehen auf dem Boden dieser Anschauung und gestatten nicht den gedachten Unterschied in Fällen zu machen, in denen die Unterbringung in der Anstalt nicht für besondere andere Zwecke sondern zu dem Zwecke einer mit der öffentlichen Ordnung und Sicherheit verträglichen Erhaltung des Kranken erfolgt ist. Durch die Novelle vom 11. Juli 1891 haben die Landarmenverbände allgemein die armenrechtliche Verpflichtung erhalten, auch gemeingefährliche Geisteskranke aufzunehmen, während die entstehenden Kosten als Kosten der Armenlast nach Vorschrift des § 31 ff. zu behandeln sind. Auf Grund der Dotationsgesetze besteht ausserdem eine nicht armenrechtliche (auch auf bemittelte Personen sich erstreckende) Verpflichtung der dotirten Communalverbände, das Unterkommen in Anstalten für gemeingefährliche Geisteskranke, wegen deren es die zuständigen Behörden verlangen, zu ermöglichen.

Der geschilderte Rechtszustand ist auch bis in die neueste Zeit von seiten der Landarmenverbände nicht bestritten worden. Die zu ihrer Vertretung berufenen Landesdirectoren haben noch im Jahre 1896 eine Petition an das Abgeordnetenhaus gerichtet, in der sie bitten, auf die Staatsregierung einzuwirken, dass zur Verwahrung und Behandlung irrer Verbrecher baldigst besondere staatliche Einrichtung getroffen und die Irrenanstalten der Communalverbände, nöthigenfalls im Wege der Gesetzgebung, von diesen Geisteskranken entlastet werden (Anlagen zu den Stenograph. Berichten Band III Seite 1950 ff.). Aus der Petition und den über sie geführten Verhandlungen ergiebt sich, dass damals an der Verpflichtung der Landarmenverbände kaum gezweifelt wurde. Nur ganz beiläufig wird, ohne eine Vertheidigung dieser Meinung zu wagen, erwähnt, dass „einige" die Meinung verträten, es komme darauf an, ob die Geisteskranken „mehr Irre oder mehr Verbrecher" seien. Erst einige neuere Erkenntnisse des Bundesamtes für das Heimathwesen, welche dem schon in der früheren Judikatur des Amtes aufgestellten, aber bis dahin im Sinne des Klägers in Einzelfällen kaum verwertheten Unterschiede grössere praktische Bedeutung beigelegt haben, scheinen für die Landarmenverbände der Anlass für die jetzige Stellungnahme gewesen zu sein. Dem Bundesamte kann zugegeben werden, dass die Unterscheidung an sich ihre Berechtigung besitzt; hier aber kommt es darauf an, ob sie in der Preussischen Rechtsentwickelung zur Anerkennung und praktischen Bedeutung gelangt ist, und das muss auf Grund des jetzigen Materials und der thatsächlichen Erklärungen der Regierung, welche zur Vertretung ihres Standpunktes vor dem Bundesamte wohl kaum Gelegenheit gehabt haben wird, verneint werden. Nicht bestritten werden soll, dass die Kosten einer durch die Polizei oder eine Strafvollstreckungsbehörde veranlassten Unterbringung von Geisteskranken in Irrenanstalten nicht unter allen Umständen Armenpflegekosten zu bilden brauchen. Das ist stets anerkannt worden (vergl. z. B. die Ministerialerlasse vom 26. October 1858, Ministerialblatt der innern Verwaltung Seite 237, und vom 8. März 1866, Ministerialblatt der inneren Verwaltung Seite 89), aber unter der oben betonten Voraussetzung, dass die Anstaltspflege nur als eine besondere Form der Lebenshaltung des Kranken erscheint, sind sie es. Zwischen der bisherigen Rechtsprechung des Oberverwaltungsgerichts und dem heutigen Urtheile besteht kein Widerstreit, was die verschiedenen älteren Erkenntnisse (des Ersten Senats) sagen wollen, ist schon oben erwähnt. In einem Erkenntnisse vom 26. September 1904 — Preussisches Verwaltungsblatt Jahrgang XXVI Seite 670 — hat der Dritte Senat den entscheidenden Punkt in einer Weise berührt, welche seine



Uebereinstimmung mit der heute vertretenen Rechtsansicht erkennen lässt.

Nach ihr war der ortsarme Scharrenbroich der Anstaltspflege im Sinne des § 31 des Gesetzes vom 11. Juli 1891 bedürftig. Der Beschluss des Klägers, ihn entgegen dem Verlangen der Polizeibehörde zu entlassen, beruht auf einer Verkennung des genannten Gesetzes und verletzt es. Deshalb war die geschehene Beanstandung gerechtfertigt.

Schliesslich soll nicht unerwähnt bleiben, dass darüber, ob in einem Einzelfalle Anstaltspflege nöthig ist oder nicht, Streit möglich ist. Hier ist auf die Frage, wie er zum Austrage zu bringen sei, und welche Wirkung das für die Armenverbände habe, nicht eingegangen worden, weil unstreitig war, dass für Scharrenbroich aus sicherheitspolizeilichen Gründen die Anstaltspflege erforderlich war, und dass sich alles Formelle in Ordnung befinde.

Die Kosten treffen den Kläger als den allein unterliegenden Theil. Urkundlich unter dem Siegel des Königlichen Oberverwaltungsgerichts und der verordneten Unterschrift.

L. S. gez. (Unterschrift.)

Mittheilungen.

— **Psychiatrischer Fortbildungscurs für Aerzte.** In der Zeit vom 7.—19. Mai ds. Js. wird der Unterzeichnete in der von ihm geleiteten Landes-Heil- und Pflegeanstalt Uchtspringe mit mehr als 1300 Kranken einen klinischen Cursus der Psychiatrie abhalten unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse der allgemeinen, wie der forensischen Praxis. Die Vorlesungen finden täglich Nachmittags von 6 bis 8 Uhr statt. Unter Zugrundelegung einer bestimmten Eintheilung werden systematisch die charakteristischen Krankheitsbilder geistiger Störung mit Vorstellung von Kranken besprochen. Auf den Zusammenhang anderer Erkrankungen mit Psychosen und Nervenkrankheiten wird besonders Rücksicht genommen, ebenso auf die ausserhalb der Anstalt dem Arzt bei der Behandlung und Verhütung derartiger Krankheiten erwachsenden Aufgaben. Im Laufe des Vormittags wird den Herren Curstheilnehmern Gelegenheit geboten, unter Anleitung selber Geisteskranke zu untersuchen, über civil- und strafrechtlich bedeutsame Fälle, sowie über Nervenkrankheiten nach Unfällen, Gutachten anzufertigen und an pathologisch-anatomischen Untersuchungen theilzunehmen. Ausserdem wird Herr Oberarzt Hoppe einen etwa achtstündigen Demonstrationscurs über Stoffwechseluntersuchungen und deren Anwendung und Bedeutung in der neurologisch-psychiatrischen Praxis abhalten. In dem gut ausgestatteten chemischen Laboratorium wird Gelegenheit und Anleitung zur Vornahme eigener Untersuchungen gegeben. Ausser einer Einschreibegebühr von 10 Mark für Inländer, 20 Mark für Ausländer, ist kein Honorar zu entrichten. Gute Unterkunft mit voller Pension wird für 4,50—5,50 Mark täglich in dem neben der Anstalt gelegenen, neuzeitlich eingerichteten Hotel gewährt. Anmeldungen sowie etwaige Anfragen sind bald zu richten an Professor Dr. Alt in Uchtspringe (Station der Bahnstrecke Lehrte-Berlin).

— **Aufbesserung der Aerzte-Gehälter in den nassauischen Irrenanstalten.** Mittels Gesuch vom 28. Januar 1904 wandten sich die beamteten Aerzte d. h. die zweiten und Abtheilungsärzte der nassauischen Bezirksanstalten an den Communallandtag mit der Bitte um Erhöhung der Gehälter. Die Erhöhung ist nun von dem Communallandtag beschlossen worden. Es erhält der erste Oberarzt und Stellvertreter des Directors 3600—6000 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren um 400 Mk. nebst freier Familienwohnung und Garten oder Wohnungsgeldzuschuss, bei der Pensionirung anrechnungsfähig mit 500 Mk. Für die etwaige Benutzung elektrischen Lichts sind 40 Mk., für Centralheizung 80 Mk. jährlich zu entrichten. Andere Oberärzte: 3100—5400 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren 4 mal um 400 Mk. und zweimal um 300 Mk. Das übrige wie bei den ersten Oberärzten. Alternativ nach Wahl der Inhaber, die jedoch nach stattgehabter Wahl nur nach zuvoriger halbjähriger Ankündigung gewechselt werden darf, wird den Oberärzten, die von der Familienwohnung und der eigenen Beschaffung der Verpflegung etc. keinen Gebrauch machen wollen, folgendes Gehalt gewährt: 1. Oberarzt 2400—4800 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren um 400 Mk., nebst freier Beköstigung, Beleuchtung, Wäsche, Bedienung und möblirter Junggesellenwohnung, bis zur Pensionirung anrechnungsfähig mit 1700 Mk. 2. Andere Oberärzte 2000—4200 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren, 4 mal um 400 Mk. und 2 mal um 300 Mk. sonst wie bei 1, bei der Pensionirung anrechnungsfähig mit 1700 Mk. — Auch das Gehalt der Directoren wurde erhöht; es beträgt 5600 bis 8000 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren 2 mal um 600 Mk., 3 mal um 400 Mk., nebst freier Dienstwohnung, Garten und Wagenfahrt, bei der Pensionirung anrechnungsfähig mit 1000 Mk; Zahlung von 50 Mk. jährlich für die etwaige Benutzung des elektrischen Lichtes und 100 Mk. für Centralheizung. Das Gehalt der Hülfs- und Volontairärzte beträgt 1600—2400 Mk., steigend von 3 zu 3 Jahren 2 mal um 300 Mk. und 1 mal um 200 Mk. neben freier Beköstigung etc. — Sämmtliche lebenslänglich angestellten Aerzte erhalten die Amtsbezeichnung Oberarzt.



Referate.

— Schwachveranlagte Kinder. Ihre Förderung und Behandlung. Der Arzt als Erzieher. Heft 14. Dr. med. H. Stadelmann, Nervenarzt in Würzburg. München 1904, Verlag der Aerztlichen Rundschau, 8⁰, 40 S. M. 1,20.

In einer Besprechung des Werkchens im Litterarischen Handweiser stand der Satz: es wird zur immer weiteren Anerkennung des Grundsatzes beitragen „Die Psychiatrie muss der Pädagogik zu Hülfe kommen." Damit ist der Zweck dargelegt, einerseits auf Grund der Kenntniss von krankhaften Störungen, Missgriffe von unberechenbarem Schaden an den Erziehungsanstalten normaler Kinder zu verhüten, andererseits den Schwachbeanlagten und Verwahrlosten auf ihrem Entwicklungsgange helfend zur Seite stehen zu können. Auch der Irrenarzt wird die klaren Ausführungen des erfahrnen Collegen gern lesen und gewiss auch für die Zukunft in Bekanntenkreisen empfehlen.

— Vom Hülfsschulwesen. Sechs Vorträge von Rector Dr. Maennel. Aus Natur und Geisteswelt. 73. Bändchen. B. G. Teubner, Leipzig 1905. 140 S. M. 1,25.

Anlässlich der Ferienkurse 1904 im Ernst Abbéeschen Volkshause zu Jena gehalten, liegen diese Vorträge nunmehr in erweiterter Form vor und enthalten in 16 Kapiteln alles Wissenswerthe über die Würdigung solcher Kinder, welche ein leidiges Geschick nach den verschiedensten Seiten hin stiefmütterlich bedacht hat.

Wir hören an der Hand eines ausführlichen und bis zuletzt fortgeführten Litteraturverzeichnisses von der Entwicklungsgeschichte der Hülfsschulen, von den Gründen zu ihrer Errichtung, vom Aufnahmeverfahren und von den Eltern und Lebensverhältnissen. Mehr noch interessiren uns die Gesundheitsverhältnisse, Schulhaus, Klasseneintheilung nebst Stundenplan, und schliesslich der Schularzt, von welch letzterem gefordert wird, sich eingehende neurologische Kenntnisse zu verschaffen und der diagnostischen Kunst eines Ziehen oder Oppenheim nachzueifern. Dass bei Besprechung der Erziehungsweise zuletzt des Stockes als Mittels gedacht wird, hat uns einigermaassen überrascht, da man in psychiatrischen Kreisen nicht der überwiegenden Meinung sein dürfte, „erfahrungsgemäss thue eine hölzerne Schrift auf die Kehrseite des Jungen ausserordentlich gute Dienste." Die letzten Kapitel des empfehlenswerthen Büchleins handeln von der religiösen Ausbildung des Hülfsschülers, von Staat und Gemeinde in ihrem Verhältniss zur Schule, vom Lehrer und Leiter und schliesslich von der Bedeutung solcher Schulen für die Pädagogik. — Der Wunsch des Verf., in den Kreisen der Schulleute, Aerzte, Geistlichen u. s. w. neue Helfer für eine gute Sache zu gewinnen, wird sicherlich in Erfüllung gehen.

— Zur Würdigung E. T. A. Hoffmanns. Von Direktor Dr. O. Klinke-Lublinitz. Sonderabdruck aus der Monatsschrift für Psych. u. Neurolog. Kl., bekannt durch sein früheres Werk über H. vom Standpunkte eines Irrenarztes aus, beabsichtigt mit vorliegender Studie aus H.'s Schriften den Nachweis zu erbringen, dass viele Beobachtungen neueren Datums bereits, wenn auch zumeist unter anderen Namen, den mit H. befreundeten Irrenärzten bekannt waren. Ueberhaupt „enthalten die Arbeiten H.'s, des Laien, ein recht beachtenswerthes psychiatrisches Wissen und Verstehen und mahnen zur Vorsicht allen neuen Entdeckungen gegenüber." Wo bleibt da der vielgepriesene Fortschritt in der Psychiatrie?

Meyer, Geseke i. W.

Personalnachrichten.

— **Bern.** Zur Assistentin an der psychiatrischen Universitätsklinik in Bern ist Clara Gurewitsch ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 49. 3. März. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Frage der psychiatrischen Stadt-Asyle.

Von Privatdozent Dr. *Dannemann* in Giessen.

Von den Fragen der practischen Psychiatrie ist wohl keine bisher so stiefmütterlich behandelt worden, wie diejenige der Stadtasyle. 1893 hat Sommer im Centralblatt für Psychiatrie und Nervenheilkunde, im Anschluss an die Arbeiten Griesingers über diesen Gegenstand, die Wichtigkeit eines Ausbaus der Irrenfürsorge nach dieser Richtung betont. 1898 und 1900 sprachen zur Sache noch Sioli, Lührmann und Referent. Seitdem hat sich niemand wieder des Themas angenommen. Nur ein Streiflicht fiel darauf anlässlich der Tagung des deutschen Vereins für Psychiatrie zu Jena 1903 gelegentlich eines Vortrages von Merklin. Von verschiedenen Seiten wurde da in der Discussion auf die Mängel der provisorischen Unterkunft Geisteskranker in allgemeinen Krankenhäusern hingewiesen, ohne dass aber Wünsche nach einer Aenderung der vielfach bestehenden Missverhältnisse formulirt worden wären. — Inzwischen hatte Sommer wiederholt bei practischen Gelegenheiten, speciell bei der Reorganisation der Psychiatrie in Bremen und München, die Nothwendigkeit psychiatrischer Asyle gegenüber anderen Einwirkungen in grösseren Städten verfochten, auch war von mir eine erschöpfende Sammelforschung unternommen, um die Grösse des Bedürfnisses nachzuweisen. Dann schien diese Frage der Vergessenheit verfallen zu sollen. Nun hat vor kurzem Hüfler-Chemnitz an dieser Stelle im Anschluss an die Schilderung seiner neuen Anstalt abermals einige Bemerkungen über den Gegenstand gebracht, die hoffentlich als Anfang zu einer weiteren Discussion desselben aufzufassen sind. Mehr wie je ist eine solche am Platze, damit endlich einmal volles Licht in die Frage getragen wird.

Unser Irrenwesen ist zweifellos dem des Auslandes gegenüber in mancher Hinsicht weit voraus und man kommt weit her, um nach unsren Mustern sich zu bilden. In Bezug auf diesen Punkt findet uns der aufmerksam beobachtende Ausländer indessen nicht in jeder Beziehung auf der wünschenswerthen und von ihm erwarteten Höhe. So schreibt Pierce Clark-Newyork im american journal of insanity 1904 in einem Aufsatz, welcher die Wichtigkeit der Asylfrage für die Städte der Union beleuchtet und gemeinschaftlich mit einem Architecten ausgearbeitete Pläne für kleinere und grössere Stadtasyle bringt, „while Germany is supposed, to furnish us examples of psychopathic hospitals, it is well to remember that many of her greatest cities have only psychopathic wards in general hospitals, wich are poorly equipped, serving largely for detention pavilions and quite inadequate for modern psychiatric purposes“.

Von dem Umfange des Bedürfnisses, von der wirklichen Sachlage in zahlreichen grossen Gemeinwesen wird sich wohl auch nur dann ein absolut sicheres Bild gewinnen lassen, wenn diese Frage vom deutschen Verein für Psychiatrie aufgerollt wird, wenn mit dem ganzen Nachdruck, dessen nur die Standesvertretung fähig ist, das einschlägige Material gesammelt und etwa in Form eines Referates den Fachgenossen geboten wird. Für den Einzelnen, der sich müht, Aufschlüsse, Zahlen und andere Grundlagen, z. B. Grundrisse bestehender provisorischer Baulichkeiten, zu erhalten, ist es ausserordentlich schwierig, auf diesem Gebiete detaillirte Informationen zu erlangen. Referent hat Gelegenheit gehabt, als er 1900 die Grundlagen zu seiner Schrift über Stadtasyle zusammentrug, diese Schwierigkeiten kennen zu lernen. Man scheut sich vielerwärts, offene Auskunft zu geben, weil man das Empfinden hat, dass in dieser Sache vieles das Licht scheuen muss, weil man mit

Recht vermuthet, dass nicht allein zum Zwecke der Aufklärung eines Einzelnen die Frage ergeht. Manche Leiter allgemeiner Krankenhäuser halten überdies zurück, weil sie fürchten mögen, dass offene Auskunft seitens ihrer vorgesetzten Behörde ihnen verdacht werden könne, wenn hernach vielleicht tadelnde Notizen aus psychiatrischen Schriften ihren Weg in die Tagesblätter finden und die betreffende Stadt blossstellen. An den Dirigenten der inneren Abtheilung des Krankenhauses einer grossen Stadt sandte ich beispielsweise 1900 drei Briefe, sogar schliesslich einen eingeschriebenen, mit der Bitte um Aufklärung, warte aber noch heute auf die Beantwortung.

Aber auch Magistrate hüllen sich in Schweigen und lehnen Auskunftsertheilung ab. So schrieb mir derjenige einer grösseren Stadt, die 1899 nach Guttstadts Lexikon über 400 Kranke in ihre mit einem Arbeitshaus verbundene Irrenabtheilung aufnahm, dass die letztere nicht den Anforderungen entspreche, und dass man darum der Ansicht sei, dass eine Kenntniss der veralteten Einrichtungen für den Frager kein Interesse haben könne. Solche Fälle schuldbewusster Abwehr sind nicht die einzigen geblieben. Sie würden wohl seltener sein oder ganz fehlen, wenn die Anfrage vom Verein für Psychiatrie erginge, und wenn damit auch gleichsam eine Bürgschaft für die rein sachliche Behandlung des Gegenstandes gegeben würde. Bei einer solchen Enquete wäre auch wohl auf die Betheiligung bezw. Unterstützung durch zahlreiche Fachcollegen zu rechnen, die doch stellenweise Gelegenheit genug haben, in die provisorische Psychiatrie ihnen benachbarter Städte einen Blick zu werfen. Vielleicht würden auch manche aus der Psychiatrie hervorgegangene Nervenärzte, die in den in Frage kommenden Orten ihre Praxis ausüben, ihre Hülfe gern leisten. Der Einzelne, der ohne Autorisation auf diesem Gebiete vorgeht, findet solche Unterstützung selten, diese Erfahrung dürften ausser mir auch andere schon gemacht haben.

Dass die Asylfrage an Wichtigkeit gewinnt, lässt sich an der Hand zahlreicher Beispiele deutlich erkennen. Wir haben vor kurzem aus diesen Blättern die reich ausgestattete Neugründung der Stadt Chemnitz in Wort und Bild kennen gelernt. Die Schnelligkeit, mit welcher diese Stadt ihre psychiatrischen Aufgaben erkannte und ihnen gerecht wurde, verdient vielen anderen Gemeinwesen als rühmenswerthes Beispiel vorgehalten zu werden. Zwar in wesentlich langsamerem Tempo, aber doch merklich, regt es sich inzwischen auch allmählich an anderen grösseren Plätzen.

So wird meines Wissens Plauen i. V. ebenfalls in absehbarer Zeit ein Asyl unter specialistischer Leitung als Ausbau einer psychiatrischen Abtheilung des allgemeinen Krankenhauses erhalten. Letztere nahm nebenbei bemerkt in den ersten 9 Monaten des verflossenen Jahres 149 Patienten auf. Zu constatiren ist, dass an mehreren grösseren Plätzen eine Erweiterung der schon vorhandenen Irrenabtheilungen der Krankenhäuser sich als nothwendig erwiesen hat. So hat Stuttgart vor drei Jahren eine das Herz jedes Psychiaters erfreuende Wachabtheilung nebst vorzüglichen Einrichtungen für Dauerbäder etc. erbaut. — Weiter hat Nürnberg 1904 die Belegzahl des Irrenpavillons am allgemeinen Krankenhause durch einen Anbau von 32 auf 44 Plätze erhöht unter stärkerer Betonung des Ueberwachungsprincips, wenn auch ohne Verbesserung des hydriatrischen Apparates. — Auch in Hannover hat sich die Nothwendigkeit besserer Fürsorge ergeben, doch hat hier die Frage eine Lösung in dem Sinne gefunden, dass der Heil- und Pflegeanstalt für Schwachsinnige in Langenhagen ein Pavilllon für 50 Geisteskranke angefügt wurde, der künftig die Aufgaben des früheren Krankenhauses III übernehmen soll.

Weiter hat Dortmund soeben einen neuen Pavillon mit 22 Betten, Irrenstation benannt, in Benutzung genommen. Ein einstöckiges Gebäude enthält für jedes Geschlecht einen Wachsaal zu 8 Plätzen mit 2 angrenzenden Einzelzimmern und 2 „Tobzellen", ferner jederseits einen Tagraum, Theeküche, Reconvalescentenzimmer, Personalraum, Toilette etc. Das Centrum der Anlage stellt ein Zimmer für den Arzt dar. Nach dem Plan hätte besser für Bäderbehandlung gesorgt werden können. Er verzeichnet nur auf jeder Seite einen kleinen Baderaum von den Dimensionen 1, 88 zu 2, 41, der mit dem Wachsaal nicht in Verbindung steht, also wohl mehr als Reinigungsbad aufzufassen ist, als dass er für Dauerbäderbehandlung in Betracht käme.

Freilich handelt es sich hier wesentlich um Verbesserungen der Irrenabtheilungen allgemeiner Hospitäler, während die Neigung zur Gründung selbstständiger Asyle nach dem Muster von Chemnitz noch zu vermissen ist. Doch war es mir in dieser Beziehung interessant, zu hören, dass in Hamburg der Gedanke der Errichtung einer grösseren psychiatrischen Durchgangsstation vor kurzem neben anderen Plänen in Erwägung gezogen worden ist. Käme er zur Ausführung, so würde die Prognose, die ich vor 5 Jahren auf S. 57 der Schrift über die Stadtasyle Hamburg stellte, in Erfüllung gehen.

Es ist wohl gelegentlich gegen diejenigen, welche



die Stadtasylfrage vertheidigen, der Einwand erhoben, dass mit dem Ausbau des Irrenwesens der grösseren Verbände, Provinzen und Kreise, mit der Errichtung neuer Irrenanstalten auch die Calamität der Städte abnehmen werde und die Aufhebung bestehender unzulänglicher Einrichtungen zu erwarten sei. Man müsse den alten Zellen noch eine Weile treu bleiben, weil man sie dann werde cassiren können. Die Praxis lehrt aber, dass, trotzdem überall der Anstaltsbau ein immer schnelleres Tempo einschlägt, doch die Ziffern der in provisorische Krankenhaus- und Zellpflege gebrachten Kranken in beständigem Anwachsen ist.

Hier einige zahlenmässige Beweise dafür: In Nürnberg wurden 1899 300 Personen in der Irrenabtheilung verpflegt, mit 5846 Verpflegungstagen. 1902 sind es 349, 1903 schon 374 und 1904 zählte man 372 Personen mit 7578 Tagen. 1899 überführte man 50 Patienten in Irrenanstalten, 1903 gar 190. Das Wachsthum der Frequenzziffer spricht für sich selbst. — In Hannover zählte man 1898/99 347 Verpflegte, 1904/5 schon 420. — Die Wiesbadener Krankenanstalt nahm 1899 85 Geisteskranke auf, 1904 waren es schon 136. Altona verzeichnete 1900 350 Aufnahmen, im Vorjahre hat man 561 gezählt, allerdings werden davon einige abzusetzen sein wegen Doppelaufnahme. — Auch für Elberfeld konnte ich wachsende Zahlen constatiren. Stuttgart gab 1901 221 Aufnahmen an, jetzt waren es schon 328. Stettin zählte 1899 213 Patienten, darunter 114 Deliranten. Die durchschnittliche Verpflegungsdauer betrug 3 Wochen. 1903 nahm man dagegen schon 370 und 1904 gar 392 Kranke auf. Die Durchschnittsverpflegungsdauer nahm dabei zu. 1903 brachte man 62 Patienten in Irrenanstalten, 1904 80. 1905 schon 97. Der Jahresbericht des Rechnungsjahres 1903/4 zählt unter der Rubrik Neurosen und Geisteskrankheiten 406 Patienten, ausserdem findet man noch unter Alkoholismus verzeichnet 82 Fälle von Delirium tremens, 35 von acuter Alkoholvergiftung, 69 von chronischem Alkoholismus. Die Frage, ob ein specialistischer Arzt vorhanden sei, erhielt ich verneint. Man hielt die bauliche Einrichtung für ausreichend.

Dortmund verpflegte nach meiner Zusammenstellung im Buche über die Stadtasyle im Verwaltungsjahre 1899/00 112 Geisteskranke im Luisenhospital. Jetzt, nur 5 Jahre später, sind es bereits 274 gewesen mit 6581 Verpflegungstagen d. h. für den Durchschnitt 24 Tage. 34 Kranke gelangten in Irrenanstalten. Der Bestand am 31. Dec. 05 wird mit 22 angegeben. Und dabei befindet sich in nächster Nähe die Provinzialirrenanstalt Aplerbeck. Wie bald wird hier wohl auch die Aufnahmeziffer das dritte Hundert übersteigen. Und dabei wird mitgetheilt, dass ein specialistisch ausgebildeter Assistenzarzt nicht vorhanden sei. Allerdings wurde mir von diesem Platze geschrieben, es sei wünschenswerth, dass der neue Pavillon specialistischer Leitung unterstellt werde. Weiter: Magdeburg. Meine Zusammenstellung von 1899/1900 verzeichnet 343 Fälle. Der Bericht der Krankenanstalt Sudenburg von 1904/05 erwähnt 205 Fälle von Geistesstörung im engeren Sinne, ausserdem 14 von Betrunkenheit, 68 von Alkoholismus, 65 Epileptiker, 25 Fälle von Hysterie, 33 von Nervenschwäche (darunter doch sicher ein grosser Theil psychisch nicht intacter und psychiatrischer Pflege Bedürftiger), 60 von „Abspannung“, eine Kategorie, für die das gleiche gelten dürfte, wie für die vorige. Das sind in Summa über 400 Fälle.

Ein weiteres Beispiel: Danzig. Nach dem Verwaltungsberichte des Arbeits- und Sichenhauses (man beachte anch hier wieder die Vereinigung von Psychisch-Kranken mit Zwangsarbeitern und Siechen, wozu dann noch die Krätzkranken kommen!) sind in dasselbe 1904/05 369 Geisteskranke verbracht worden, die in 7519 Verpflegungstagen behandelt wurden. Der mir übersandte Bericht detaillirt die Krankheitsformen nicht weiter.

Posen verpflegte 1899/1900 in der städtischen Irrenbewahranstalt 111 Kranke, darunter 30 Deliranten. 1904/05 sind es bereits 222 mit 2666 Verpflegungstagen. Wie mancherwärts, so rangiren auch hier die Geisteskranken zusammen mit den Krätzkranken als eine besondere Station. Neuerdings sind die Geisteskranken mit den Siechen (Bestand ca. 100) in die frühere Provinzialhebammenlehranstalt überführt nach entsprechendem Umbau. Es sind vorhanden 6 Zellen und 2 allgemeine Aufenthaltsräume für Männer, 3 Zellen und 2 Räume für Frauen. Die Zahl der Isolirten wird mit 50% angegeben. In einem neu zu erbauenden Krankenhause sollen „einwandfreie“ Räume für Geisteskranke vorgesehen werden. — Der Jahresbericht von 1903/04 ist detaillirter, wie der letzte. Damals wurden 186 Geisteskranke mit 1824 Verpflegungstagen verzeichnet, gegen 3409 in 1902/03. Hinzu könnten für psychiatrische Pflege von der internen Station reclamirt werden: 22 Fälle von Alkoholismus, 75 von Epilepsie, Neurasthenie, Hysterie, insgesammt also 283 Fälle mit psychiatrischen Indicationen. Auch hier ist also trotz des Ausbaues der Provinzialfürsorge (Obrawalde) eine Zunahme zu constatiren.

Solche Zahlen sprechen für sich. Würden sie nicht vielleicht noch höher ausfallen, wenn in den be-



treffenden Städten eine von psychiatrischen Intentionen geleitete frühzeitige Fürsorge für alle Fälle bestände, denen eine solche nöthig wäre? Es wäre eine dankenswerthe Aufgabe, in einer grösseren Stadt mit unzulänglichem Krankenhausprovisorium einmal für die Dauer eines Jahres die am Orte erscheinenden Tagesblätter auf Suicide, durch Geisteskranke veranlasste Unglücksfälle etc. zu durchmustern. Wie mancher asylbedürftige Fall sich da wohl noch ergeben dürfte.

Es kann somit kaum einem Zweifel unterliegen, dass ausser ihrer Betheiligung an den Aufnahmeziffern der grossen Irrenanstalten alle städtischen Gemeinwesen ohne Ausnahme in stets stärkerem Grade für eine mit jedem Jahre zunehmende Anzahl von acut hülfsbedürftig Werdenden zu sorgen haben. Dieser Umstand legt ihnen aber auch die Verpflichtung auf, für diese in einer dem Fortschritt der Psychiatrie gerecht werdenden Weise zu sorgen, ihnen alle Heilfactoren zu bieten, über welche die moderne Irrenanstalt verfügt, speciell auch ihnen den Specialarzt zu gewähren. —

(Schluss folgt.)

Wahnidee und Irrthum.

Von Medicinalrath Dr. *P. Näcke* in Hubertusburg.

(Schluss.)

Tiling*) sagt einmal folgendes: „Dadurch unterscheidet sich der Wahn vom Irrthum und Aberglauben, dass er zum Mittelpunkte das Ich hat: den Irrthum und den Aberglauben können die tollsten Ideen mit dem Schicksale der Welt, der Menschheit im allgemeinen verbinden . . . . aber die Personen solcher Abergläubigen bleiben dabei dieselben, die sie waren, und sie unterscheiden sich nicht wesentlich von ihren Mitmenschen . . . . der Wahnkranke dagegen . . . . weiss, dass er ein anderer und einzig in seiner Art ist.“ Auch dies, glaube ich, gilt nicht absolut. Wir sahen schon, dass auch der Irrthum bisweilen irradiiren kann, besonders beim Fanatiker, und dann so manche Seite des Lebens verfälschen, auch sein Ich immer mehr in den geistigen Blickpunkt bringen, ohne dass aber wirklicher Wahn zu bestehen brauchte, wie die Therapie beweist. Immerhin liegen dann Grenzfälle vor, wie sie wohl bei Minderwerthigen aller Art eintreten können. Wir wissen ja, wie gerade unter den Fanatikern aller Schattirungen solche häufig genug sind, in der Form von Entarteten, von Schwachsinnigen, Alkoholikern, Epileptikern, Hysterikern und sogar Irren. Dies sicher auch in jenen russischen Secten und nicht am wenigsten unter den Suggestionatoren, den Tonangebern, die oft echte Paranoiker sein dürften, wie z. B. jener edle David Lazaretti, der 1878 an der Spitze seiner Gläubigen im Kampfe gegen die Regierung fiel.**) Bei Paranoia wiederum kann, wie wir schon sagten, wenn auch nur sehr selten einmal, eine einzige fixe Idee als überwerthige bestehen oder nur sehr wenige derselben, was schwerlich imstande ist, die Persönlichkeit zu verfälschen und ihr Verhältniss zur Mitwelt zu ändern. Ich würde daher nicht anstehen, solche Personen für zurechnungsfähig, höchstens vermindert zurechnungsfähig zu erklären. Das sind aber schliesslich wohl immer Fälle, wo man sich fragen kann, ob es sich um eine echte Wahnidee oder nur um einen Irrthum handelt. Man wird jedenfalls vorsichtigerweise den weiteren Verlauf abwarten.

*) Tiling: Individuelle Geistesartung u. Geistesstörung. Wiesbaden, Bergmann, 1904, p. 43.

**) Siehe Tanzi: Trattato delle malattie mentali. Milano, 1905, p. 689.

Auf alle Fälle soll man bei besonderen Gelegenheiten doppelte Vorsicht anwenden. So hat z. B. de Loosten*) eine interessante Studie über Christus geschrieben, worin er ihn für einen Entarteten und Geisteskranken hält; ein dänischer Theologe Rasmussen**) hält ihn gleichfalls für einen Entarteten, aber für einen Epileptiker. Hält man am Dogma fest, so ist selbstverständlich jede psychopathische Studie über Christus eine schwere Häresie, eine Sünde wider den heiligen Geist. Hat man sich jedoch vom Dogma losgemacht, so ist eine solche Betrachtungsweise ebenso berechtigt wie bei jedem andern Menschen. Es fragt sich aber nur, ob das vorliegende Material hinreicht, um etwas halbwegs sicheres behaupten zu lassen, und das muss stricte verneint werden. Wir könnten höchstens mit Woltmann***) sagen: „Jesus war ein Genie mit abnormen Charakterzügen, aber „geisteskrank“ im gewöhnlichen Sinne des Wortes war er

*) de Loosten: Jesus Christus vom Standpunkt der Psychiatrie. Bamberg, 1905. Handelsdruckerei.

**) Rasmussen: Jesus, eine vergleichende psychopathische Studie. Leipzig, Zettler. 1905.

***) In einer Besprechung des besagten Buches von de Loosten in der politisch-anthropol. Revue 1905. p. 415.



nicht . . ." Und selbst solche Abnormitäten an ihm sieht nicht ein moderner Theologe, Prof. Bousset*) in seiner ausgezeichneten kleinen Biographie: Jesus, welcher Christum sonst rein menschlich darstellt. Wir werden um so reservirter in diesem Falle uns äussern, als nach dem Ausspruche eines anderen bedeutenden Theologen (ich glaube Prof. Kähler) nicht ein einziges Wort Jesu als absolut authentisch zu betrachten ist!

Noch an einem andern Falle lässt sich zeigen, dass man mit dem Worte Wahnidee nicht zu freigebig sein soll. In einem Charakterbilde Wernicke's**) lese ich, dass dieser geniale, der Wissenschaft viel zu früh entrissene Forscher bez. eines Buches von Harnack sagte, der Verfasser habe eigentlich nur zwei Wahnideen entwickelt: Gottesglauben und persönliche Unsterblichkeit. Wernicke hält also für Wahnideen — wenn seine Worte, wie kaum zu bezweifeln, echt sind — was für andere ein Irrthum, für wieder andere absolute Wahrheit ist. Meiner Ansicht nach kann es sich hier aber nur um Irrthum oder Wahrheit handeln. Beides steht noch sub lite und wird es stets sein, da sich keinerlei stricte Beweise pro oder contra bringen lassen. Glaube besteht also in dem einen und andern Falle, nie aber Gewissheit, was nicht zu vergessen ist! Beide Ideen haben aber mit einer eigentlichen Wahnidee nichts zu schaffen. Sie können allerdings in gutem oder bösem Sinne des Menschen Sein so erfüllen, dass sie sein Verhältniss zur Mitwelt regeln, sein Ich fördern etc.; aber all dies findet sich auch beim Festhalten eines guten oder bösen Ideals und fällt noch in das Physiologische, mag es auch hier und da hart an das Pathologische stossen. So ist selbst der sog. religiöse Wahnsinn, wie er sich z. Z. der Christen- und Judenverfolgungen zeigte oder zum Zerfleischen der einzelnen Confessionen unter einander führte, kein eigentlicher Wahnsinn. Und andererseits, wie grossartig wirkt der echte Gottesglaube, selbst wenn er ein Irrthum sein sollte! Wir sehen eben, dass im gewöhnlichen Leben Irrthum sehr häufig für Wahn gebraucht wird! Einen fast ans Pathologische streifenden Fall von Irrthum hat kürzlich auch Köppen***) veröffentlicht. Ein Soldat weigerte sich zu dienen, weil dies seinem Gewissen widerstritt; lieber wollte er sich einsperren lassen. Trotzdem also diese „überwerthige Idee" so stark im Vordergrunde steht, lehnt es Verf. ab, und mit Recht, hier von einer Wahnidee zu sprechen, da alle weiteren Begleiterscheinungen fehlten.

Bisher hatten wir als eine Hauptquelle des Irrthums die Massensuggestion betrachtet und werden im folgenden noch kurz die Gruppen-Suggestion in der folie imposée berühren. Aber auch im täglichen Leben spielt die Suggestion bekanntlich eine grosse, meist unbewusste Rolle, wie Bechterew (l. c.) erst kürzlich wieder zeigte. Hier ist daher Irren leicht möglich, ebenso durch fehlerhaftes Aufmerken, Percipiren, Erinnern, falsches Betonen der Affecte u. s. f. Diese Irrthümer haben jedoch meist im Gegensatze zu den Suggestions-Irrthümern der Massen etc. nur ein kurzes Dasein und sind gewöhnlich leicht zu beheben, ausser bei besonders starken Affecten. So werden oft genug von Gelehrten oder ganzen wissenschaftlichen Schulen Irrthümer jahrelang aufrecht erhalten, die für die Uebrigen schon längst abgethan sind. Ja, es können sich hier sogar Ansätze einer Art von Verfolgungswahnsinn zeigen. Ueberhaupt ist jeder Irrthum, der unser Selbst betrifft, zäh und andauernd; er gehört fast zu uns selbst und wir vertheidigen ihn daher nur zu gern mit dem ganzen Selbsterhaltungstriebe. Auch das ist dann noch lange keine Wahnidee!

Wir hatten mit den Irrthümern durch Massensuggestion diesen Aufsatz eröffnet. Solche finden sich aber auch sporadisch vor in der sogen. folie impossée, einer Untergruppe der folie à deux. In beiden Fällen ist der Mechanismus ein ähnlicher. Hier speciell ist einerseits ein leicht beeinflussbarer Theil: eine Frau, eine jüngere Person, oft minderwerthiger Art. Dazu kommen noch eigenthümliche Affectlagen, oft Entbehrung, schlechte Nächte u. s. f. Anderentheils haben wir als Suggestionator die ältere, energischere und stets geisteskranke, meist an Paranoia leidende Person. Aehnlich sehen wir auch in den Familien von Querulanten die Familienmitglieder alle oder zum Theil von dem gleichen Wahne angesteckt, der aber auch hier meist nur ein Irrthum ist, also Pseudo-Querulantenthum. Bekannt ist ferner, dass man äusserlich die folie imposée von der echten folie à deux oft nicht unterscheiden kann. Hier und dort besteht gleicher Wahn, bisweilen sogar mit den gleichen Worten. Und doch giebt es zwischen beiden toto coelo einen Unterschied. Man trenne beide Personen und der Pseudo-Kranke wird mehr oder weniger bald genesen, der wirkliche Kranke nicht, wenigstens nicht infolge der Trennung. Daher ist der Name: folie imposée falsch und irreleitend. Es ist nur ein Schein von Wahnsinn, nur ein Suggestions-Irrthum, wenn auch auf präparirtem Boden.

---

*) Bousset: Jesus. Halle 1904. Gebauer.

**) Koschützki: Wernicke, ein Charakterbild. Deutsche Welt 1905. Sonderabdruck.

***) Siehe Ref. in dieser Woebenschrift 1905, p. 295.



Eine andere Frage wäre nun die, ob es Uebergangsfälle zwischen Irrthum und Wahnidee giebt oder gar solche, wo Suggestionirte zu wirklichen Irrsinnigen wurden. Beide Fälle sind möglich. Dauert nämlich die Suggestion lange an, bleibt das Milieu das alte, ändert sich nicht der Affectzustand, so liegt es nahe genug, an die Möglichkeit einer allmählich entstehenden Verfälschung des Ichs zu denken, zumal wenn es sich um Minderwerthige handelte. Andererseits können auch Irrsinnige suggestionirt werden.*)

Dass der Suggestions-Zustand ein offenbar sehr günstiger Boden für den gelegentlichen Ausbruch von Irrsinn sein kann, ist schon theoretisch klar. Die Häufigkeit eines solchen Ereignisses scheint aber doch überschätzt zu werden. So habe ich z. B. in Querulanten-Familien, trotz des oft beobachteten „Pseudo-Querulantenthums" der Familienmitglieder, speciell der andern Ehehälfte, noch nie echten Irrsinn ausbrechen sehen. Auch bei jenem tollen Pilgerzuge der Duchoborzen sind nach eingeholter Erkundigung**) doch nur wenige geistig zusammengebrochen und etwa nur 3—6 in Irrenanstalten untergebracht worden. Ich habe in meiner Mittheilung hierüber auch die Gründe auseinandergesetzt, warum wahrscheinlich so wenige erkrankten. Was speciell aus den fanatischen Führern wurde, weiss ich nicht. Dagegen bin ich in der Lage noch weiteres über die Duchoborzen zu berichten. Dr. Spitzka schrieb mir nämlich am 25. Sept. 1905 folgendes aus New-York: „.... von den Duchoborzen kann ich einiges mittheilen. Am 11.—12. Aug. (1905) marschirten 30 Duchoborzen auf Yorkton zu, zogen ihre Kleider gänzlich ab und verbrannten den Haufen. Ihr Vorhaben, durch Yorkton nackt zu gehen, wurde von der Polizei verhütet. Nahrung jeder Art wiesen sie zurück, nur rohe Kartoffeln nahmen sie an. Wie früher suchten sie den Herrn Jesus. Eine Rotte nach der andern dieser Fanatiker kam auf Yorkton in den nächsten Tagen zu. Bis jetzt hat die berittene Polizei den Auftrag, diese Leute mässig zu behandeln, jetzt aber (September) haben die Behörden die Sache schliesslich recht satt bekommen und strenge Maassregeln sind seitdem angewendet worden. Die nackten Leute wurden aufgegriffen und auf sechs Monate Zuchthaus bestraft. Am besten aber werden die Duchoborzen nicht länger so einsam, unter sich, sozusagen exclusiv, verbleiben. Einwanderer anderer Nationalitäten werden unter den jetzigen Colonisten verstreut, sodass die Duchoborzen von den Neulingen „assimilirt" werden. Es ist hohe Zeit, dass die Canadier endlich so etwas einführen." Man sieht also, selbst nach ihrem missglückten ersten und grossen Pilgerzuge war der Fanatismus dieser Leute noch nicht abgekühlt, wie die neuen Tollheiten beweisen. Die Maassregel, diese armen Verblendeten durch neue Einwanderer von einander zu isoliren, sie durch Fremde „assimiliren" zu lassen, erscheint in der That als die einzig richtige, und viel zweckentsprechender als Gefängniss und Zuchthaus.

*) Siehe Näcke: Ein Beitrag zur gegenseitigen Beeinflussung der Geisteskranken (Fall von musikalischer Infection). Neurol.-Centralblatt 1901, Nr. 14. In den „Raritäten aus dem Irrenhause" (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 50) habe ich übrigens einen höchst interessanten Fall von folie à deux, resp. à trois, mit den nöthigen Corrollarien mitgetheilt, der leider von Weygandt und Thomsen in ihren Arbeiten über diesen Gegenstand ganz übersehen worden ist.

**) Siehe meine Mittheilung über das weitere Schicksal der Duchoborzen im Archiv f. Criminalanthropologie u. s. f. Bd. 18, p. 358. Ferner auch Bechterew (l. c. p. 115), wo vier als geistig erkrankt angegeben werden, darunter einer der Führer: Zebrow.

Mittheilungen.

— **Rostock.** Dr. Wilhelm Passow feierte am 14. v. Ms. sein fünfzigjähriges Doktorjubiläum. Der Jubilar wirkt seit seiner Approbation als Arzt in Rostock. Seit 41 Jahren ist er leitender Arzt der städtischen Irrenheil- und Pflegeanstalt der St. Katharinen-Stiftung. Die medizinische Fakultät Rostock erneuerte ihm das Doktordiplom. Der allgemeine mecklenburgische Ärzteverein und der Rostocker Ärzteverein überreichten ihm Glückwunschadressen. Von den Rostocker Ärzten wird zu Ehren des Jubilars ein Festessen veranstaltet. (Auch die Redaktion dieser Zeitschrift spricht nachträglich ihre besten Glückwünsche aus.)

— **Kongress der Schwachsinnigenfürsorge in Wien.** Am 7. und 8. April d. J. findet in Wien die zweite österreichische Konferenz der Schwachsinnigenfürsorge statt. Diese Konferenz wird von fast allen Fachkreisen Oesterreichs beschickt, und mit einer Spezialausstellung verbunden sein. Das Arbeitsgebiet der Konferenz ist: Die Regelung des Rechtsschutzes der Schwachsinnigen; der Ausbau des Anstalts- und Hilfsschulwesens; die methodische Arbeit in den Spezialschulen; historische Forschungen, wie Besprechung der Krankheiten und Gebrechen schwachsinniger Kinder, sowie die rechtliche Lage der Lehrkräfte. Die Spezialausstellung: „Lehr- und Beschäftigungs-



mittel für Hilfsschulen und Anstalten schwachsinniger Kinder" steht unter dem Protektorate der Prinzessin Ernestine von und zu Auersperg. Bei der eigentlichen Konferenz werden Referate erstatten: Direktor Dr. med. Karl Herfort und Dr. med. Richard Imhofer aus Prag, Fachlehrer Lorenz Cassimir aus Würzburg, Fachlehrer Max Kirmsee (Braunschweig), Direktor Dr. phil. S. Krenberger (Wien), Dr. jr. Albin Baron Spinette (Wien), Bezirksschulrath und Oberlehrer der Wiener Hilfsschule Hans Scheiner und Hilfsschullehrer Franz Pulzer (Graz). Die Theilnahme an der Konferenz ist unentgeltlich, doch ist eine vorherige Anmeldung nöthig. Alle eventuellen Anmeldungen und Anfragen werden von der Auskunftstelle des Vereins Fürsorge für Schwachsinnige und Epileptische, Wien, XVIII/1, Anastasius Grüngasse Nr. 10 (Oberlehrer Hans Schiener), beantwortet.

— **Ein Fortbildungskursus für Hilfsschullehrer** wird in der Zeit vom 5. bis 26. März cr. in Bonn stattfinden. Es sind theoretische Vorträge (zum Theil mit Demonstrationen) sowie praktische Vorführungen und Übungen vorgesehen. Den psychiatrischen Theil hat Privatdocent Dr. R. Foerster übernommen, welcher seine Vorträge und Demonstrationen in der Prov. Heil- und Pflege-Anstalt abhalten wird. Weitere Mitwirkende sind: Professor Dr. F. A. Schmidt-Bonn, H. Lessenich, Leiter der Hilfsschule in Bonn und H. Horrix, Leiter der Hilfsschule in Düsseldorf.

— **Ein gesetzliches Eheverbot.** Aus Bukarest wird gemeldet: Die rumänische Regierung brachte eine Gesetzesvorlage ein, wonach die Verheirathung von Personen, die an unheilbarer Syphilis, Lungenschwindsucht und Epilepsie leiden, verboten werden soll.

— **Brandenburgischer Provinziallandtag.** Zu den Besoldungsverhältnissen der Provinzialbeamten beantragt der Provinzialausschuss mehrere Aenderungen. Hiernach tritt in den Besoldungsgrundsätzen folgende Bestimmung ein:

Beim Aufrücken in eine höhere Beamtenklasse ist dem aufrückenden Beamten das Besoldungsdienstalter so zu bestimmen, dass er in die seinem bisherigen Gehalt entsprechende Gehaltsstufe der neuen Klasse eintritt, und darin nur noch die Zeit verbleibt, die er in der früheren Klasse bis zum Aufsteigen in die nächsthöhere Klasse hätte zubringen müssen. Auch kann der Provinzialausschuss eine weitere Erhöhung des Besoldungsdienstalters insoweit bewilligen, als erforderlich ist, damit das Höchstgehalt der neuen Klasse vor Vollendung des 60. Lebenjahres erreicht wird.

Hierdurch werden Unzuträglichkeiten und Missstände, die bisher wiederholt zutage traten, beseitigt. Zu der Besoldungstafel werden nachstehende Aenderungen beantragt: „Das Gehalt der Aerzte wird von 3000—4500 M erhöht auf 3600—4800 M mit drei Dienstalterszulagen von je 400 M. nach je drei Dienstjahren; auch wird der Provinzialausschuss ermächtigt, eine Arztstelle, deren Inhaber länger als sechs Jahre darin verbleibt, für diesen Inhaber in eine Oberarztstelle umzuwandeln."

Bisher war es sehr schwierig, für die Landes-Irrenanstalten geeignete junge Aerzte als Assistenzärzte zu bekommen, weil diese zu spät in eine Stellung mit ausreichendem Diensteinkommen gelangen, das ihnen die Begründung eines Hausstandes ermöglicht hätte. Das neue Anfangsgehalt entspricht auch dem der Landesassessoren und Landesbauinspektoren.

— In der Sitzung des **46. rheinischen Provinziallandtags** vom 14. Febr. erfolgte die Berathung der Vorlage betr. die Errichtung einer Irrenanstalt bei der Landesarbeitsanstalt Brauweiler. Der Bericht sagt, dass eine auffallende Zunahme der irren Verbrecher in den Irrenanstalten beobachtet worden ist. Während vor 10 Jahren etwa rund 10% des Gesammtbestandes der rheinischen Anstalten an männlichen Geisteskranken mit dem Strafgesetz in Konflikt gekommen waren, stieg die Prozentzahl 1903 auf 17,8 und 1904 auf 20,4%. Diese Erscheinung ist darauf zurückzuführen, dass die geisteskranken und schwachsinnigen Elemente aus den Strafanstalten und Gefängnissen neuerdings in Folge der Anstellung psychiatrisch geschulter Aerzte ganz erheblich stärker ausgesondert und den Irrenanstalten überwiesen werden. Auch müssen nach einem Erkenntnis des Oberverwaltungsgerichtes die Landarmenverbände die Irren den Anstalten schon dann zuführen, wenn nach dem Ermessen der zuständigen Polizeibehörde im Interesse der öffentlichen Sicherheit die Internierung geboten ist und die Anstaltspflege als die für den betreffenden Geisteskranken nothwendige Form der Lebenshaltung erscheint. Diesen gesteigerten Anforderungen kann die Dürener Station allein nicht mehr nachkommen. Es ist daher dem Plan der Erbauung einer Irrenstation im Anschluss an die Provinzial-Arbeitsanstalt zu Brauweiler nach dem Vorbilde der mehreren Königlichen Strafanstalten neuerdings angegliederten Irrenstationen erneut näher zu treten. In Brauweiler hat sich zudem das Bedürfniss ergeben, die der psychiatrischen Beobachtung benöthigten Korrigenden sowie bisherige Korrigenden, die wegen Geistesstörung der Irrenanstaltspflege nicht entbehren können, aber ihrer Natur nach sich besser zur Bewahrung in einer passenden Pflegeanstalt eignen, in einer besonderen Irrenanstalt der Arbeitsanstalt unterzubringen. Beide Aufgaben können miteinander vereinigt werden. Der Referent, Abg. Kyll, befürwortete die Vorlage namens der Sachkommission. Die Kosten mit 244000 M. werden bewilligt.

— **Antrag eines Vertheidigers auf Verurtheilung seines geisteskranken Klienten** in Berlin. Einen ungewöhnlichen Verlauf hatte die Verhandlung gegen den Versicherungsagenten X, der wegen Urkundenfälschung und Betruges zur Verantwortung gezogen wurde. Seine Strafthat liegt mehrere Jahre zurück. Der Angeklagte ist seitdem verschiedene Male in Herzberge gewesen, betrieb nun aber ganz energisch seine Aburtheilung und behauptete, da ihm offenbar daran lag, aus Herzberge herauszukommen,



dass er geistig vollkommen gesund sei und sich auch zur Zeit der That nicht in unzurechnungsfähigem Zustande befunden habe. Während er mit grosser Hartnäckigkeit diesen Standpunkt auch im jetzigen Termin vertrat, fand er Widersacher in den psychiatrischen Sachverständigen Prof. Dr. Köppen, Gerichtsarzt Dr. Störmer und Oberarzt Dr. Falkenberg, die übereinstimmend gar keinen Zweifel daran hatten, dass auf den Angeklagten der § 51 St. G. B. Anwendung finden müsse. Und nun folgte das wohl noch nicht dagewesene Schauspiel, dass der Staatsanwalt sehr lebhaft für die Freisprechung eintrat, während der Vertheidiger ebenso lebhaft für die Verurtheilung seines Klienten plädierte und eine Strafe von zwei Monaten Gefängniss in Antrag brachte. Der Gerichtshof folgte den Gutachten der drei Sachverständigen und sprach den Angeklagten auf Grund des § 51 frei.

Referate.

— Die religiöse Wahnbildung. Eine Untersuchung von Th. Braun, Stadtpfarrer in Leutkirch. Tübingen, J. C. B. Mohr 1906, 74 S. M. 1,00,

Der Versuch eines früheren Anstaltsgeistlichen, den religiösen Wahn von seinem Standpunkte aus in wissenschaftlich-psychiatrischer Weise zu besprechen, ist als wohlgelungen zu betrachten, denn „die Seelsorge darf sich der Aufgabe nicht entziehen, ein Verständniss krankhafter religiöser Zustände zu suchen." Die Religiösität an sich wird nicht als ein die Wahnbildung begünstigender Faktor angesehen, sie ist vielmehr unter allen psychiatrischen Einflüssen am besten geeignet, Schädigungen des Seelenlebens zurückzuweisen; dahingegen fördert eine überspannte Religiösität die Entstehung wahnhafter Ideen. Dass krankhafte religiöse Vorstellungen häufig noch durch Zuspruch von aussen bestärkt werden, ist ein jedem Irrenarzt geläufiger Satz, verdient aber hier, weil von interessirter Seite, Anerkennung, zumal ausserdem „die Pastoralmedicin nicht dringend genug gewarnt werden kann vor dem Versuche, krankhaften Seelenzuständen auf seelsorgerischem Wege zu begegnen. Trotz Zurückhaltung eröffnet sich dem Seelsorger ein wenn auch beschränktes, so doch oft recht dankbares Feld."

Goldene Worte, wenn sie Gehör finden in weiten Kreisen, deren „Voraussetzungslosigkeit" der Arzt oft anzustaunen Gelegenheit hat.

— Die neuro-dynamische Therapeutik im Anschluss an Studium und Erfahrungen über die photo-dynamische Wirkung von Fluorescenz- und Luminescenz-Stoffen auf Zellengebiete und Nervenendigungen. Von M. Ritter. Leipzig 1905. B. Konigens Verlag. 59 S. M. 2,00.

Verfasserin legt die Resultate einer Reihe von in dem Titel näher bezeichneten Untersuchungen vor und bittet um die wissenschaftliche und praktische Unterstützung derer, die sich innerlich dazu berufen fühlen, Helfer der leidenden Menschheit zu sein.

Meyer, Geseke i. W.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.

Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 50. 10. März. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Die Abstinenz in Irrenanstalten.

Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung beim X. Internat. Kongress gegen den Alkoholismus in Budapest im September 1905.

Von Direktor *Dr. Delbrück*, Bremen.

Die Abstinenz in Irrenanstalten ist zuerst vor etwa 15 Jahren von abstinenten Aerzten in England, später in der Schweiz, Deutschland und Oesterreich eingeführt, mit einer Leichtigkeit, die die Erwartungen selbst der ängstlichsten Gemüther weit überstieg, und mit ebenso glänzendem Erfolge. Veranlassung dazu war neben dem Wunsche, das innere Anstaltsleben friedlicher zu gestalten, vor allem die Erkenntniss, dass man den in den Anstalten befindlichen Alkoholikern die Behandlung zukommen lassen muss, deren sie dem Wesen ihrer Krankheit nach bedürfen; ihre Zahl ist aber in allen Anstalten erheblich. Ich zählte bei uns in Bremen erst neuerdings wieder 33 % aller männlichen Entlassungen. Und auf die Entlassungen kommt es doch in erster Linie an, weil sie alle mehr oder weniger heilbaren Kranken umfassen.*) Die Forderung, dass wir die Trinker von ihrer Krankheit zu heilen uns bestreben müssen, erscheint mir jetzt so selbstverständlich, dass ich ganz verblüfft war, als mir neulich entgegengehalten wurde (und zwar von einer für mich practisch wichtigen Seite): die Irrenanstalt sei nicht berufen und befugt, Trinker zu kuriren; dazu wären die Trinkerheilstätten da! Bei ruhigem Nachdenken musste ich mir allerdings sagen, dass unser allverehrter Lehrer und Meister, Forel, vor 17 Jahren im wesentlichen auch noch die Ueberzeugung hatte, dass man Trinker in der Irrenanstalt nicht kuriren könne — und sich desshalb die Trinkerheilstätte Ellikon schuf. Mit dieser Anschauung bin ich so zu sagen gross geworden. Aber die Anschauungen haben sich bei mir unmerklich geändert. Als ich in Bremen kein Ellikon mehr hatte wie in Zürich und zugleich unsere Anstalt immer abstinenter wurde (s. v. v.), habe ich immer seltener das Bedürfniss verspürt, unsere Trinker in eine Trinkerheilstätte zu schicken. Das macht oft grosse Schwierigkeiten und ich bekomme das Geld dazu nicht. Das, was Noth thut, kann ich zum Theil in Bremen viel bequemer von unserer Anstalt aus thun: den Patienten in einen geeigneten Verein schicken, ihm eine Thätigkeit aussuchen, in der die Versuchung, zu trinken, möglichst gering ist, und ihm eine ebensolche Wohnung suchen — oder wenn er verheirathet ist, seine Familie abstinent machen. Und auf Abstinenz behandeln kann ich ihn jetzt in unserer abstinenten Irrenanstalt schliesslich ebenso gut, wie ein Trinkerasyl. So stehe ich jetzt zwar nicht auf den Standpunkt von Smith, der Trinkerasyle für eine mittelalterliche Verirrung erklärt, aber ich halte sie für meine Praxis durchaus nicht mehr für so nöthig, wie früher — und zwar, weil unsere Anstalt abstinent ist!

*) Dabei ist noch zu berücksichtigen, dass wir die Deliranten im allgemeinen gar nicht in der Irrenanstalt aufnehmen.

So wurde ich durch jene obenerwähnte Discussion plötzlich wieder auf die Frage hingewiesen: Wie mag es damit jetzt wohl im allgemeinen, in anderen Anstalten, stehen? — Als wir vor 4 Jahren auf unserem Kongress in Wien die Frage verhandelten, sagte uns Herr Professor Wagner von Jauregg:*) „Haben Sie Geduld, es ist mit der Zeit besser geworden und es wird besser werden. Wenn wir in einigen Jahren wieder zusammen kommen werden, wird der Wind umgeschlagen haben und die Mehrzahl der Irrenanstaltsdirectoren abstinent sein.“ Seitdem ist in der That vielfach der Abstinenz in Anstalten das Wort

*) Ber. über den VIII. Internat. Kongr. g. d. Alkoholismus in Wien 1901, Leipzig u. Wien, S. 246.



geredet; *) Und nur Schlöss ist mit Eifer für, wenn auch mässigen, so doch möglichst ausgedehnten Genuss alkoholischer Getränke in Irrenanstalten eingetreten**). Aber selbst er giebt zu, dass für viele Anstalten Abstinenz unerlässliche Erfordernis sei. Er erbringt vor allem nicht, was zur Vertheidigung des Genusses m. E. unerlässlich wäre, den Beweis seiner Unentbehrlichkeit. Im Einzelnen ist ihm Hoppe energisch entgegengetreten***) und vor allem hat im Januar d. J. auf der Wanderversammlung hessischer Irrenärzte Dietz †) die Frage in einer Weise vertreten, mit der ich sehr viel mehr übereinstimme, als mit der Hoppes, und die ich auch taktisch für zweckmässiger halte; auch hinsichtlich der Frage der Anstalten sollte man nicht so sehr die unbedingte Schädlichkeit mässigen Genusses für Jedermann betonen, von der ich gar nicht unbedingt überzeugt bin, als vielmehr den erziehlichen Einfluss auf das Individuum sowohl, wie auf die Gesammtheit.

Indessen es ist durchaus nicht meine Absicht, das für und wider hier, sei es auch nur in gedrängter Form auseinander zu setzen. Das ist in letzter Zeit in vortrefflicher Weise geschehen; und die Litteratur ja jedem, der sich dafür interessirt, zugänglich. Mir kam es vielmehr darauf an festzustellen: Wie weit sind wir im allgemeinen jetzt mit unseren Abstinenzbestrebungen gediehen; und so entschloss ich mich kurz und gut, einen Fragebogen zu versenden, auf dem ich die meines Erachtens wichtigen Gesichtspunkte zusammenstellte. Ich lasse die Fragen hier folgen:

I) Werden in Ihrer Anstalt irgendwelche alkoholische Getränke verabreicht:
 1. an die Patienten mit ausgesprochenen alkoholischen Erkrankungen?
 2. an Patienten, die keine ausgesprochene alkoholische Psychose haben, denen Alkoholmissbrauch aber besonders schädlich sein würde?
 3. an irgendwelche andere Patienten, denen mässiger Alkoholgenuss nach den landläufigen Begriffen nichts schadet?
 4. an das Pflegepersonal?
 5. an die Assistenzärzte oder irgendwelche andere Angestellte der Anstalt, die freie Station haben?

II) Werden alkoholische Getränke verwendet:
 1. in Ihrer Kochküche (zur Bereitung von Wein- oder Biersuppen, als Zusatz von Saucen, süssen Speisen, als Conservirungsmittel zu eingemachtem Obst etc. etc.)?
 2. in Ihrer Apotheke (für Eiergrogs oder sonst zur Verabreichung an Kranke für kürzere Zeit auf ausdrückliche ärztliche Verordnung)?

III) Haben Sie besondere abstinente Abtheilungen?

IV) Ist Ihr Pflegepersonal zur Abstinenz verpflichtet?
 1. innerhalb der Anstalt?
 2. ausserhalb der Anstalt?

V) Haben Sie Mitglieder von Abstinenzvereinen
 1. unter Ihrem Pflegepersonal?
 2. unter Ihren Aerzten?

Bei der Empfindlichkeit, der man heutzutage hinsichtlich der Alkoholfrage bei den meisten Leuten begegnet, musste ich mir sagen, dass ich hier mancherlei indiscrete Fragen gestellt hatte, und sah den Antworten etwas zaghaft entgegen. Ich muss nun aber constatiren, dass dieselben rasch in grosser Zahl eingingen, und dass sie zum grössten Theil sehr ausführlich waren und lebhaftes Interesse und Verständniss für die ganze Frage verriethen. Sachlich möchte ich diesen Umstand ausdrücklich hervorheben und persönlich den Herren Collegen für ihre liebenswürdige Bereitwilligkeit bei dieser Gelegenheit meinen verbindlichsten Dank aussprechen. Natürlich fehlte es nicht ganz an Antworten, denen man den Unmuth über meine Fragerei theils direct theils indirect anmerkte. So war die Lectüre nicht ohne ihre intimen Reize. Herzlich gelacht habe ich z. B. über den Zorn eines Mässigkeitsfanatikers, der hinter sämtliche Fragen einen grossen Substitutionshaken gemacht hatte und dahinter geschrieben: „In hiesiger Anstalt wird Temperenz geübt allerorten, nicht Abstinenz". Ein anderer Fragebogen wurde mir zurückgereicht, „mit dem Hinzufügen, dass die Beantwortung vorstehender Fragen unter der Form des aufgestellten Fragebogens, die eine Disscussion über die einschlägigen Punkte ausschliesst, nicht ohne Widerstreben erfolgt ist." Ich muss gestehen, dass ich diesen Vorwurf insofern nicht recht verstehe, als es doch im Wesen einer solchen Sammelumfrage liegt, dass sie nach Möglichkeit alle Discussion ausschliesst. Im allgemeinen habe ich auch den Eindruck gewonnen, dass ich mich mit den meisten Herren Collegen sehr gut auf diesem Wege verständigt habe, und dass die Zusammenstellung der Fragen im Ganzen als eine glückliche bezeichnet werden darf. Ungeschickt war es von mir, dass ich die Haupt- und Nebenfrage I 1 nicht scharf von einander getrennt habe; das hat äusserlich zu einiger Confusion Veranlassung gegeben; es war aber leicht, die Antworten

*) Vgl. auch diese Wochenschr. IV, S. 225.

**) Diese Wochenschr. III, S. 327 u. S. 331, IV S. 53.

***) Diese Wochenschr. III, S. 507.

†) Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie, 62. Bd., S. 372.



dem Sinne nach richtig zu stellen. Ferner war die erste Nebenfrage 1 insofern doppeldeutig, als einige daraufhin Auskunft gegeben haben darüber, ob sie im acuten Delirium Alkohol gäben. Die meisten aber haben die Frage so aufgefasst, wie sie gemeint war, und mit Nein beantwortet, insofern die Alkoholiker natürlich im Allgemeinen keine alkoholischen Getränke mehr als Genussmittel bekommen. Allerdings beweist ja die Antwort jenes Mässigkeitsfanatikers, dass auch hierüber die Ansichten noch getheilt sind. Formell unklare Antworten liessen sich meist mit Bestimmtheit deuten: z. B. wenn ein College antwortet: „ja in geringen Quantitäten nach Ablauf des Deliriums“ so dürften keine wesentlichen Zweifel über die Alkoholikerbehandlung in dieser Anstalt mehr obwalten. Immerhin mag es sein, dass mir gelegentlich doch wesentliche Missverständnisse untergelaufen sind, aber sicher nicht in dem Umfang, dass dadurch die statistischen Resultate, die doch immer nur relative Bedeutung haben können, erheblich beeinflusst worden sind.

Angefragt habe ich nun die Directionen der Anstalten, die sich im deutschen Sprachgebiet zum Austausch ihrer Jahresberichte bereit erklärt haben. Hierfür lag mir die gedruckte Liste vor; sie umfasst wohl ziemlich alle staatlichen Irrenanstalten in Deutschland, Oesterreich und der Schweiz, eine ganze Reihe von Privatanstalten, Anstalten für Epileptische und solche für Schwachsinnige, sowie einige Anstalten aus Holland, Ungarn und den russischen Ostseeprovinzen. Gestrichen habe ich nur die wenigen Anstalten des russischen Sprachgebietes, weil ich mir über die allgemeinen Verhältnisse in denselben kein Urtheil erlauben durfte und — aus naheliegenden Gründen — die Trinkerheilstätte Ellikon. Sonst habe ich keine Anstalt gestrichen und keine hinzugefügt, obwohl ich einige mir bekannte abstinente und andere Anstalten aus mir zum Theil unerklärlichen Gründen in der Liste vermisste. Irgendwelche tendenziöse Auswahl bei meiner Umfrage glaube ich also ausgeschlossen zu haben. Gern hätte ich natürlich bei einer Arbeit auf einem internationalen Kongress auch die englischen, französischen, italienischen und ungarischen Anstalten in meine Statistik einbezogen. Abgesehen von der rein technischen Schwierigkeit einer solchen Umfrage wäre ich aber mit den Verhältnissen in den genannten Ländern nicht genügend vertraut gewesen, um das Material verarbeiten zu können.

Versandt wurden, abzüglich der als unbestellbar zurückgekommenen, 173 Fragebogen; davon blieben unbeantwortet 37; mein Material stützt sich also auf die Auskünfte von 136 Anstalten. Dieselben habe ich nun in drei grosse Gruppen getheilt, je nachdem die drei ersten Unterfragen beantwortet sind. Diejenigen, die hier durchgehend mit Nein geantwortet haben, die also keinem Patienten Alkohol als Genussmittel verabreichen, darf man wohl füglich als abstinent bezeichnen; ihre Zahl beläuft sich auf 30! Eine viel kleinere Gruppe, nämlich 14 hatten hinter die drei Fragen einen Substitutionshaken gemacht und mit ja geantwortet; sie geben also auch den Alkoholikern Alkohol; ich möchte sie als diejenigen bezeichnen, die von der ganzen Abstinenzbewegung noch am wenigsten angekränkelt sind. Bei weitem das Gros: 92 Anstalten geben den Alkoholikern in engerem oder weiterem Sinne nichts, wohl aber gelegentlich irgendwelchen anderen Patienten, denen der mässige Genuss nach den landläufigen — oder wie ein College vorsichtig corrigirt hat — nach ärztlichen Begriffen nichts schadet. Wir wollen sie als die mässigen bezeichnen; das soll heissen im Sinne der organisirten Mässigen; und ich will damit nicht gesagt haben, dass jene 14 Anstalten unmässig sind.

Wenden wir uns zunächst zu den 30 abstinenten Anstalten! Sie repräsentieren 17 % aller ausgesandten Fragebogen, nicht der eingegangenen Antworten. So müssen wir wohl rechnen, denn es ist nicht wahrscheinlich, dass unter den unbeantworteten sich viele abstinente befinden. Mindestens 17 % aller Irrenanstalten des deutschen Sprachgebietes sind aber doch jetzt abstinent. Das ist immerhin ein erfreulicher Anfang.

Für die Specialstatistik müssen wir von den 30 abstinenten Anstalten 5 ausschliessen: 4 Anstalten für Schwachsinnige und eine Irrenstrafanstalt, weil hier, wie ich vermuthe, mehr fiscalische als andere Motive für die Abstinenz vorliegen.*)

Unter den restirenden 25 abstinenten Anstalten zähle ich 3 Anstalten für Epileptische, nur 2 Privatirrenanstalten und 20 Staatsirrenanstalten. Unter den 25 figurirt die Schweiz mit 8 und Oesterreich mit 5 (lauter Staatsanstalten) — mit Rücksicht auf die Gesammtzahl staatliche Zahlen im Vergleich zu den 12 deutschen. (Schluss folgt.)

*) Unter den mässigen Anstalten finden sich aber ebenfalls solche, in denen die Verhältnisse ähnlich liegen. Die Gesammtstatistik wird also durch diesen Umstand nicht beeinflusst.



Die Frage der psychiatrischen Stadt-Asyle.

Von Privatdozent Dr. *Dannemann* in Giessen.

(Schluss.)

Wenn in Städten, deren Krankenhaus Jahr aus Jahr ein eine so hohe Aufnahmeziffer Geisteskranker verzeichnet, wie beispielsweise das Stettiner, bisher die Meinung gegolten hat, dass dort für einen Specialarzt nicht genügend zu thun sein würde, und dass die Leitung der inneren Abtheilung ausreiche, um nebenbei die psychiatrischen Fälle mit zu versehen, so ist das ein beschämender Irrthum, gegen den die deutsche Psychiatrie schleunigst Front machen sollte. Das ist eine klinische Aufnahmeziffer, die mehrere Fachärzte vollauf beschäftigen kann. Lehnt man in kleinen Verhältnissen mit einer Aufnahmeziffer Geisteskranker unter 100 die Anstellung des Specialarztes ab, so kann man das schon eher verstehen. Die Sache wird aber mit einem Schlage anders, wenn man sich von dem Gedanken frei macht, als bestehe die Aufgabe des Psychiaters in diesen städtischen Verhältnissen einzig darin, sich den vielleicht nicht allzuzahlreichen Geisteskranken im engeren Sinne zu widmen. Die ganze Entwicklung der ärztlichen Fürsorge drängt in der Gegenwart darauf hinaus, auch den Psychischnervösen in höherem Maasse gerecht zu werden, wie es bisher geschehen, jenen so unendlich zahlreichen Bedrohten, die in der Organisation des modernen allgemeinen Krankenhauses noch fast gar nicht berücksichtigt worden sind. Nur zu oft eignen sie sich nicht für die Verpflegung auf medicinischen Abtheilungen und werden darum auch oft von ihnen zurückgewiesen oder schnell wieder entlassen, weil sie oft genug den Betrieb derselben mehr oder weniger schwer stören. Gemeint sind Hysteriker, larvirte Epileptiker, Hypochonder, Psychischminderwerthige etc. — — In meiner Schrift über psychiatrische Stadtasyle habe ich schon hervorgehoben, (vergl. die Zusammenstellungen für Magdeburg, Augsburg, Nürnberg etc., vergl. auch S. 110 sqq.), dass es an der Zeit sei diese Krankenkategorien aus ihrem bisherigen Zusammenhange heraus zu nehmen. Der interne Mediciner, dessen Aufgaben nach anderer Richtung sich ebenfalls täglich mehren, wird das überall wohl gern geschehen lassen, und so würde auch diesen zahlreichen Patienten, die bisher ungenügend in Krankenhäusern versorgt waren, weil keine Abtheilung ihrer Eigenart entsprach, endlich eine Stätte geschaffen, in der ihnen nach psychiatrischen Gesichtspunkten begegnet wird. Steht auch unser therapeutisches Können noch in den ersten Anfängen seiner Entwicklung, soweit es sich um die Heilung der eigentlichen Geisteskrankheiten handelt, diesen Uebergangsfällen können wir sehr oft helfen, ihnen zur Genesung die Wege bahnen. Wie die Anwärter auf Plätze in den neu zu errichtenden Nervenheilstätten quasi aus dem Boden wachsen werden, so werden auch Hospitäler bezw. Hospitalabtheilungen für Psychisch-nervöse nie leer stehen, wenn sie eben nach zweckmässigen Gesichtspunkten errichtet sind. Damit ist also das Arbeitsfeld des Psychiaters in städtischen Verhältnissen auch geringeren Umfanges bereits ein erheblich viel weiteres geworden und die Zahl seiner Clienten erscheint nun auch hier nicht mehr so geringfügig, als wenn man nur die Aufnahmeziffer der Geisteskranken des betreffenden Hospitales berücksichtigt.

Die Gründe, aus denen es jedem grösseren städtischen Gemeinwesen höchst erwünscht sein sollte, ein psychiatrisches Centrum zu besitzen, sind aber hiermit keineswegs erschöpft. Man sagt oft, die Psychiatrie sei ebenso eine sociale Wissenschaft, wie eine ärztliche, in der Prophylaxe liege eine ihrer Hauptaufgaben, in der Mitarbeit an der Aufklärung der Gesammtheit über die Gefahren der Heredität, in der Mitarbeit an der Förderung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung, die in so hohem Maasse grade von psychisch Defecten gefährdet wird. Wohl trifft das zu, aber wo ist dem Psychiater die Gelegenheit in den grösseren Gemeinwesen gegeben, in diesem Sinne sich zu bethätigen? — Mit einer Popularisirung der Psychiatrie durch Wort und Schrift, mit dem Versuche, belehrend auf die Angehörigen von Kranken einzuwirken, dessen sich die Psychiater wohl überall in den Anstalten befleissigen, ist der Sache wenig geholfen. Alles das in Ehren, aber es genügt bei weitem nicht, um uns vorwärts zu bringen und gesunden Anschauungen im Publicum zur Geltung zu verhelfen. Die zeitweilig oder dauernd aus der Gesellschaft ausgeschiedenen Kranken haben ihren Schützer und Berather in dem an der Anstalt wirkenden Arzte. Allen aber in der Oeffentlichkeit sich frei bewegenden Psychischdefecten, bei denen eine ärztliche Aufsicht gerathen erscheint, den Epileptikern, Alkoholisten, der ganzen grossen Schaar der angeboren Schwachsinnigen und Degenerirten, bei denen nicht direct Anstaltspflege erforderlich ist, fehlt bis jetzt fast allerorten eine geordnete psychiatrische Fürsorge. Hier erwachsen uns Aufgaben ganz anderer Art, wie jetzt dem Arzte der grossen Irrenanstalt sie vorliegen.



Seine Thätigkeit findet zumeist an den Mauern seiner Anstalt ihre Grenzen. Der Asylarzt dagegen soll mit einem Fusse in der Oeffentlichkeit stehen und seine Kraft zum Theil den Aufgaben der Psychiatrie als einer socialen Wissenschaft widmen.

Ich denke mir seine Aufgaben folgendermaassen: Er würde zunächst der Leiter einer kleinen klinischen Anstalt sein, in welche alle Fälle von Geistesstörung gelangen, die in der Stadt und ihrer nächsten Umgebung ausbrechen und rasche Anstaltspflege erfordern, in welche ferner alle bewusstlos gefundenen, alle nach missglückten Selbstmordversuchen zunächst aufsichtsbedürftigen Personen gelangen, um dann bald wieder entlassen zu werden, oder nach einiger Zeit in die eigentliche Irrenanstalt zu gelangen. Weiter findet hier in entsprechend eingerichteten und von den für die Geisteskranken im engeren Sinne bestimmten getrennt gelegenen Abtheilungen eine nicht zu hoch bemessene Anzahl freiwillig kommender Nervöser, darunter auch Begutachtungsfälle, Unterkunft. Soweit würde also das Asyl etwa der modernen psychiatrischen Klinik entsprechen. Eine Poliklinik dürfte nicht fehlen. Die weiteren Aufgaben würden aber ausser dem Hause liegen. Mit allen in der Stadt wohnenden, aus dem Asyl oder auch aus Anstalten nur als gesellschaftlich möglich Entlassenen müsste Fühlung genommen, ihre Lebensbedingungen müssten nach Möglichkeit überwacht werden, eventuell unter Verständigung mit ihren Angehörigen, Pflegern und Vormündern, denen jederzeit Rath und Hülfe zur Verfügung stände. Fälle von Geistesstörung, Alkoholismus, Idiotie, Epilepsie, senilen Schwächezuständen, die zu ihrer Beobachtung in der Praxis gelangten, würden die Aerzte der Stadt nach Möglichkeit dieser psychiatrischen Centrale bekannt geben. Diese würde dann berathend oder auf Grund persönlicher Exploration sich zu äussern haben, falls ihr irgendwelche Bedenken bezüglich der Gefährdung der öffentlichen Sicherheit und Ordnung kämen. — Jeder Fall der Einleitung des Zwangserziehungsverfahrens müssten der Asylleitung bekannt gegeben werden, zur Feststellung des psychologischen Befundes nach kürzerer oder längerer Beobachtung. —

Weiter würde von dem oder den Aerzten des Asyles pflichtgemäss ein Unterricht aller der Kreise zu organisiren sein, in denen die Verbreitung psychiatrischen Wissens erwünscht ist. Z. B. der mit dem Erziehungswesen betrauten Organe, Lehrer und Lehrerinnen. Aufklärung über Ursachen, Erscheinungsformen und Behandlung der Idiotie und Imbecillität, Vermittlung medicinisch-psychologischer Anschauungen müsste hier ein reiches Arbeitsfeld finden. — Dass der psychiatrische Arzt auch der geeignete Mann wäre, die psychiatrischen Gesichtspunkte bei den Insassen vorhandener Siechen-, Rettungs- und Arbeitshäuser, der in der Stadt etwa bestehenden Einrichtungen für Trinker, Epileptiker, Idioten, Obdachlose wahrzunehmen und auf so manchem anderen Gebiete öffentlicher Fürsorge sich bethätigen könnte, liegt zu sehr auf der Hand, als dass man es hier weiter auszuführen brauchte.

Der Asylarzt soll also eine Art Ephorat über alle Dinge ausüben, die einer Behandlung nach psychiatrischen Gesichtspunkten bedürfen, alle psychiatrischen Fäden des Gemeinwesens sollen gewissermaassen in seine Hand zusammenlaufen, er soll die socialen Gesichtspunkte seines Faches im Leben thatkräftig zur Geltung bringen. — Thut das nicht heutzutage schon der beamtete Arzt, der Kreisphysicus? Keineswegs. Er nimmt doch nur Anlass, sich mit denjenigen Fällen zu beschäftigen, bei denen ein directer zwingender Grund zum behördlichen Einschreiten vorliegt. Hier dagegen soll mehr angestrebt werden: eine Art Generalüberwachung aller psychisch defecten Elemente unter dem Gesichtspunkt der Prophylaxe und Aufklärung derer, die mit ihnen zu thun haben, eine Organisation psychiatrischer Fürsorge grossen Stiles. Und wer wollte abstreiten, dass derartiges, taktvoll, umsichtig und thatkräftig organisirt, höchst segensreich wirken müsste? — Wir dürfen auch hoffen, dass in unserem Specialfache die Zahl derer, die den Anforderungen einer solchen Stellung gewachsen sind, nicht gering sein wird. Keineswegs ist es eine Utopie, die uns da vorschwebt. So etwas lässt sich ebensowohl in die Praxis umsetzen, wie beispielsweise die Wünsche, welche auf die Errichtung von Wohlfahrtsministerien abzielen. Aber eines ist zunächst nothwendig: eine energische Betonung der Nothwendigkeit einer Verbesserung vieler schon bestehender psychiatrischer Abtheilungen an grösseren Krankenhäusern und die Einsetzung fachmännischer Leitung. Ist dieses Ziel erreicht, so werden sich von selbst den Leitern der Asyle reiche Arbeitsgebiete zeigen, auf denen sie in angedeuteter Richtung zu höchstem Vortheil des Gemeinwesens sich bethätigen können.

In mancher Stadt bedarf es, das sei noch erwähnt, vielleicht nur der Anregung an massgebender Stelle, um die Einsetzung einer fachmännischen Leitung der bereits bestehenden Irrenabtheilung des Stadtkrankenhauses zu erreichen. Mancher Magistrat wird einsichtig genug sein und unseren Wünschen gern ent-



gegenkommen, wenn ihm nur eingehend dargelegt wird, dass es sich hier um eine zeitgemässe Forderung handelt, und dass in anderen Städten bereits ähnliches mit grossem Nutzen besteht. Das Gehalt eines psychiatrischen Arztes würde nur eine Bagatelle bedeuten und kann im Budget eines grossen modernen Krankenhauses wohl kaum in Betracht kommen.

Dem deutschen Verein für Psychiatrie liegt es unsres Erachtens ob, nunmehr die Initiative zu ergreifen, die Bedürfnisse aller grösseren Städte in Bezug auf die gegenwärtige Art und eine ev. Verbesserung ihrer Fürsorge zu prüfen, die daraus zu ziehenden Folgerungen allgemein bekannt zu geben. Wenn irgendwo im Reiche Krankenhäuser ein Dasein fristeten, in denen die moderne Wundbehandlung nicht eingeführt wäre und dauernd Ablehnung fände, welch einen Entrüstungsschrei würde die gesammte chirurgische Welt erheben, wenn es ruchbar würde. Unsre psychiatrische Standesvertretung dagegen hat sich niemals bisher veranlasst gesehen, officiell dagegen zu protestiren, dass Jahr aus Jahr ein Tausende von Geisteskranken während der Zeit ihrer schlimmsten Leiden im Krankheitsbeginne in Zellen und ungeeigneten Gelassen allgemeiner Hospitäler ohne Facharzt, ohne sachgemässe Behandlung, oft ohne die entsprechend geschulte Wartung internirt werden. Zeit ist es, dass die Versäumniss nachgeholt werde. Wenn diese Zeilen dazu beitragen können, dass es bald geschieht, so ist ihr Zweck erfüllt. Ihre Quintessenz möge nochmals in folgenden Sätzen gegeben werden:

Das Bedürfniss der grossen Städte und Industriecentren nach schneller Fürsorge für acut hülfsbedürftig werdende Geisteskranke wächst mit jedem Jahre. Demgemäss wächst auch die Zahl der vorübergehend in allgemeine Krankenanstalten gelangenden Geisteskranken überall in stets schnellerer Progression.

Der Ausbau des Irrenwesens bezw. die Neueinrichtung zahlreicher grosser Irrenanstalten lässt die im vorigen Satze festgestellte Thatsache unbeeinflusst.

Trotz des beständigen Anwachsens der Aufnahmeziffern Geisteskranker vieler allgemeiner Krankenanstalten ist die Psychiatrie in der Mehrzahl der grossen Städte im Nebenamt dem internen Mediciner unterstellt, und es stehen zumeist für diese Zwecke nur minderwerthige Räume zur Verfügung.

Selbst an manchen Krankenhäusern, die mit jährlich hunderten von Aufnahmen Geisteskranker zu rechnen haben, hält man es bisher nicht für nöthig, ihnen specialärztliche Hülfe zu gewähren.

Es ist wünschenswerth, dass der Verein für Psychiatrie diesen Verhältnissen gegenüber Stellung nimmt und die Gesichtspunkte formulirt, nach welchen die Fürsorge für Geisteskranke in städtischen Hospitälern zu regeln ist.

Es harren des Psychiaters in städtischen Verhältnissen eine grosse Anzahl Aufgaben socialer Art, deren einheitliche Inangriffnahme für die betreffenden Gemeinwesen in hohem Grade wünschenswerth sein müsste.

Es ist dahin zu wirken, dass an städtischen Hospitälern mit Aufnahmeziffern von mehreren Hundert Geisteskranken im Jahre modern eingerichtete psychiatrische Abtheilungen unter einer den Vorständen der übrigen Abtheilungen coordinirten Leitung eingerichtet werden, und dass bei geringerem Zahlenverhältniss mindestens ein Assistenzarzt mit zweijähriger psychiatrischer Vorbildung angestellt wird.

Für die Magistrate derjenigen Städte, in welchen fachmännische Leitung psychiatrischer Abtheilungen bezw. die Errichtung selbstständiger Asyle in Betracht kommt, empfiehlt es sich, in geeigneter Form den Psychiater mit der Organisation einer psychiatrischen Fürsorge grossen Stiles in oben angedeutetem Sinne zu betrauen.

Mittheilungen.

— **Unfallentschädigung und Krankenhauszwang.** Während das Reichsgericht die Frage, ob der durch einen Unfall Verletzte sich erforderlichenfalls auf Verlangen des Ersatzpflichtigen einer Operation unterziehen müsse, wiederholt in verneinendem Sinne beantwortet hat, steht es bezüglich der Frage des Krankenhauszwanges auf entgegengesetztem Standpunkte. Kläger hatte einen Eisenbahnunfall erlitten und sich hierdurch eine schwere Neurasthenie zugezogen. Der auf Schadenersatz beklagte Fiskus wandte ein, er habe den Kläger aufgefordert, sich auf seine, des Fiskus, Kosten in einer Nervenheilanstalt behandeln zu lassen, weil hiervon eine Heilung, zumindest eine wesentliche Besserung des Leidens zu erwarten gewesen sei. Kläger habe sich aber diesem Verlangen mit der Erklärung widersetzt, dass er nie in eine Nervenheilanstalt gehen werde. Er habe ein Recht auf Freiheit und könne sich von einem Arzt



behandeln lassen, dem er persönlich sein Vertrauen schenke. Das Landgericht sowohl, wie das Oberlandesgericht hielten die Weigerung des Klägers für berechtigt und verurtheilten nach dem Klageantrage. Das Reichsgericht aber erklärte im Gegensatze hierzu den Einwand des Fiskus für erheblich. Es führt aus: Wenn jemand einen Unfall erleidet, für dessen vermögensrechtliche Folgen ein anderer ersatzpflichtig sei, so müsse verlangt werden, dass er nach Möglichkeit zur Heilung oder Besserung einer Krankheit die nach dem jetzigen Stande der medicinischen Wissenschaft sich darbietenden Mittel zur Anwendung bringe. Als Regel habe hierbei zu gelten, dass der Verletzte in solchem Falle nicht anders handeln dürfe, als es bei gleicher Gesundheitsstörung ein verständiger Mensch thun würde, der nicht in der Lage sei, die Vermögensnachtheile, die ihn getroffen haben, auf einen anderen abzuwälzen. Unterlasse er eine derartige Vorsorge, so treffe ihn ein für den Umfang des zu leistenden Ersatzes erhebliches Mitverschulden.

(Leipziger Tageblatt.)

— **Mangel an jungen Psychiatern.** Aus Dresden schreibt man dem Leipziger Tageblatt: Demnächst werden drei Hilfsärzte von der Abtheilung der Geisteskranken in der städtischen Heil- und Pflegeanstalt abgehen, um anderwärts in psychiatrische Hilfsstellen einzutreten. Ausschreibungen haben bis jetzt noch keine Meldungen zur Folge gehabt, es steht demnach zu befürchten, dass ein rechtzeitiger Ersatz der abgehenden Aerzte nicht zu erlangen ist, und dass die Anstalt durch den gleichzeitigen Mangel dreier unentbehrlicher Hilfskräfte in die allergrössten Schwierigkeiten, in eine wahrhaft drückende Nothlage versetzt wird. Es wurde deswegen auf Antrag des Rathes im Stadtverordnetenkollegium beschlossen, die Hilfsarztstellen an der Anstalt mit 1500 M. Anfangsgehalt, der sich im 2. Jahre auf 1750 M. und im 3. Jahre auf 2000 M. erhöhen würde, und mit den sonstigen bisherigen Leistungen (Wohnung, Beköstigung usw.) auszustatten. Zur Zeit beträgt das Anfangsgehalt 1250 M. im 1. und 1500 M. im 2. Jahre. Die Einfügung des 3. Jahres ist für die hiesige Anstalt ein Versuch, in die Versorgung der Hilfsarztstellen eine grössere Stetigkeit zu bringen und den Wechsel zu vermindern, ein Versuch, der zwar nicht viel Aussicht auf Erfolg hat, aber der Stadt in diesem Falle auch keine Opfer auferlegt. (Leipziger Tageblatt.)

— **30. Provinziallandtag der Provinz Westpreussen.** Ueber die Vorlage betreffend die Einrichtung einer Idioten-Abtheilung bei der Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz referirte als Vertreter der Etatscommission Herr Landrath Brandt. Nach Vollendung des Ausbaues der Provinzial-Irren-Anstalt zu Conradstein werden der Provinz Westpreussen bei normaler Belegung folgende Plätze für Unterbringung von Geisteskranken zur Verfügung stehen: in der Provinzial-Irrenanstalt zu Schwetz 480 Plätze, in der zu Neustadt 480 und in der zu Conradstein 1300 Plätze. Dazu kommen bei der Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz 20 und bei der zu Conradstein 90 Familienpflegestellen, zusammen also 2370 Plätze. Es sind also nach Fertigstellung des Erweiterungsbaues von Conradstein nur etwa 176 Plätze mehr als Kranke vorhanden, und wenn die Belegungsziffer vorläufig noch weiter in demselben Maasse wie bisher steigt, so werden diese Plätze in etwa 1 bis 2 Jahren voll besetzt sein. Nach den Berichten der Directoren befanden sich zu Anfang des Jahres 1905 in den Provinzial-Irren-Anstalten zu Schwetz, Neustadt, Conradstein und in der Landarmen-Anstalt zu Konitz zusammen 186 Kranke, welche sich zur Ueberführung in eine Idioten-Anstalt eigneten. Dazu kommen noch einige weitere hinzu, welche zur Aufnahme angemeldet sind, wegen Platzmangel jedoch nicht haben untergebracht werden können. Es wird daher für rund 200 oder mit Rücksicht auf den zu erwartenden Zuwachs für 240 Idioten Unterkunft zu beschaffen sein. Für diese Unterbringung von 240 Idioten nebst etwa 30 Pflegepersonen werden 4 Häuser mit je 65 bis 70 Betten nothwendig sein. Was nun die Kosten der neu zu errichtenden Häuser nebst allen Einrichtungen anbetrifft, so hofft der Ausschuss, dass sie nicht erheblich mehr als 1500 Mk. für das Bett betragen werden. Für das Rechnungsjahr 1906 kommt nicht die Ausführung der Neubauten, sondern lediglich die Ausarbeitung der Pläne und Anschläge in Betracht. Diese Kosten sind auf zusammen 6500 Mk. veranschlagt. Der Antrag des Ausschusses lautete, der Provinziallandtag wolle: 1. sich mit der Einrichtung einer Idioten-Abtheilung bei der Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz und mit der Einstellung der für die Ausarbeitung der Pläne und Anschläge für jene Abtheilung erforderlichen Kosten in Höhe von 6500 Mk. in den Voranschlag der Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz für das Rechnungsjahr 1906 einverstanden erklären, 2. uns ermächtigen, falls es erforderlich werden sollte, mit Einrichtung einer neuen Wasserversorgungsanlage bereits im Jahre 1906 vorzugehen, die erforderlichen Kosten zunächst aus bereiten Mitteln zu entnehmen und sodann in den Voranschlag für das Jahr 1907 einzustellen, 3. uns ermächtigen, mit den Eigenthümern der in der Nähe der Ländereien der Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwetz belegenen Grundstücke wegen Verkaufs derselben zu verhandeln, die Grundstücke bestmöglichst anzukaufen, den Kaufpreis in den Voranschlag für das Jahr 1907 einzustellen, und soweit die Zahlung desselben bereits im Jahre 1906 erforderlich werden sollte, denselben zunächst aus bereiten Mitteln zu entnehmen. Die Plenarversammlung beschloss dementsprechend.

Der nächste Berathungsgegenstand betraf die Aenderung der Besoldung der Oberärzte und Assistenzärzte an den Provinzial-Irren-Anstalten. An den Westpreussischen Provinzial-Irren-Anstalten sind ausser den Directoren an ärztlichem Personal vorhanden 5 Oberärzte (1 in Schwetz, 1 in Neustadt, 3 in Conradstein), 8 Assistenzärzte (2 in Schwetz, 1 in Neustadt, 5 in Conradstein) und 1 Volontairarzt (in Neustadt). Von diesen Stellen sind zur Zeit 4 Assistenzarztstellen unbesetzt. Sie sind wiederholt in medicinischen Zeitschriften ausgeschrieben worden, aber ebenso wie in ähnlichen früheren Fällen ohne Erfolg. Ausserdem sind sie am



schwarzen Brett vieler Universitäten ausgeboten, die Anstaltsdirectoren haben zahlreiche Privatbriefe zwecks Heranziehung von jungen Aerzten geschrieben und durch andere, am Orte befindliche oder ihnen sonst bekannte Aerzte schreiben lassen. Auch ist auf der Versammlung der deutschen Irrenärzte Umfrage bei zahlreichen Psychiatern nach geeigneten Kräften gehalten worden. Alles ohne Erfolg. Der Grund hierfür liegt darin, dass auf dem Gebiete der Psychiatrie überall in Deutschland grosser Aerztemangel herrscht. Dieser Uebelstand bedarf dringend der Abhilfe. Auf der Conferenz der Landesdirectoren zu Posen am 10. Juli 1901 kam man dahin überein, dass es sich empfehle, eine gleichmässige Regelung der Anstellungs- und Besoldungsverhältnisse der Anstalts-Irrenärzte seitens der einzelnen Provinzen bei Neuregelungen thunlichst anzustreben, und dass es wünschenswerth erscheine, abgesehen von den Directoren-Stellen, eine Vermehrung der besser dotirten Arztstellen einer jeden Provinzial-Irrenanstalt herbeizuführen. Dem Antrage des Prov.-Ausschusses gemäss beschloss der Landtag, dass 1. forthin der mit der Vertretung des Directors einer Provinzial-Irren-Anstalt betraute Oberarzt eine Amtszulage von jährlich 600 Mk. erhält, 2. die Gehälter der Assistenzärzte an den Provinzial-Irren-Anstalten auf 1800 bis 3000 Mk., jährlich steigend um 100 Mk., festgesetzt werden, 3. mit der Vermehrung der Oberarztstellen vorgegangen und zunächst eine Assistenzarztstelle an der Provinzial-Irren-Anstalt zu Schwedt in einer Oberarztstelle umgewandelt wird. Diese Maassnahmen sollen mit dem 1. April 1906 in Kraft treten. (Danziger Allgem. Ztg.)

Referate.

— Associationsversuche bei einem forensisch begutachteten Fall von epileptischer Geistesstörung von Dr. M. Isserlin, Giessen. Aus der Sommer'schen Klinik. Sonder-Abdruck aus der Monatsschrift für Psych. u. Neurolp. Bd. XVIII. Erpzpshft.

Characteristische Ergebnisse auf Grund von Associationsversuchen an einem Epileptiker mit Dämmerzuständen. Zwischen den verschiedenen Versuchen liegt ein Zeitraum von 6 1/2 Jahren; doch sind die von 97 für den Fall selbst nicht verwerthet worden, weil damals die Ergebnisse zu wenig gesichert erschienen. Nunmehr ergiebt sich aus dem lesenswerthen Aufsatz, dass bei dem Epileptiker eine beträchtliche Anzahl von Assoc. in ganz gleicher Form trotz des langen, dazwischenliegenden Zeitraums wiederkehren, was als sichere Fundirung für die forensische Psych. zu erwerthen ist. Meyer, Geseke i. W.

Personalnachrichten.

Für Psychiatrie und Nervenheilkunde haben sich habilitirt Dr. Wilmanns in Heidelberg und Dr. Stromayer in Jena.

Druckfehlerberichtigung.

In Nr. 49 muss es in dem Referat betr. „Hygiama bei Zwangsernährung" in Zeile 11 von oben heissen:
auf 3/4 Liter Milch (statt: auf 3—4 Liter),
ebenso weiter unten in Zeile 30—33
1/4 Liter Milch,
1/4 „ Kakao,
1/4 „ schweren Wein,
1/4 „ Fruchtsaft
(statt 1—4 Liter).

Hygiama bei Zwangsernährung.

(Schluss.)

Die Direktion einer Kreis-Irrenanstalt sagt:

Wir haben bisher keine Schwierigkeiten gehabt bei der Verwendung von Hygiama zur Ernährung mittelst der Schlundröhre. Wir nehmen ein Esslöffel Hygiama auf 1/4 Liter Milch, dazu wird noch ein Ei gut verrührt gegeben und ein Esslöffel Sesamöl. Zur Einführung des Schlundrohres durch die Nase benutzen wir die rothen Gummiröhre Jaques Patent, die so weich sind wie ein Nelaton-Katheter. Wir nehmen nicht ganz dünne Röhre, sondern mittelstarke.

Zum Schlusse sei noch auf die Beschreibung einer, allerdings nicht psychiatrischen, aber doch wohl interessanten Verwendung von Hygiama, welche von Prof. von Stubenrauch, München in der „Deutschen Medicinischen Wochenschrift", Nr. 35, 1905 mitgetheilt wird, wie folgt hingewiesen:

Bei Gelegenheit einer Laparotomie kam Verf. auf den Gedanken, direkt in den Darm nach der Operation ein genügendes Quantum flüssiger Nahrung einen resp. mehrere Tage nach der Operation zu injiciren, und da sich dies Verfahren bewährte, hat er es seitdem in einer Reihe von weiteren Fällen angewendet. Das Verfahren gestaltet sich folgendermassen: Nach vollendeter Operation am Magen oder Darm wird vor Schluss der Bauchwunde eine sehr bewegliche, dem Magen nicht zu nahe liegende Dünndarmschlinge (etwa 1/2 m vom Pylorus entfernt) hervorgezogen und ausserhalb der mit Compressen geschützten Bauchhöhle auf eine dicke Compresse gelagert. Nun sticht man, während der Assistent mit beiden Daumen und Zeigefingern die in der Darmschlinge enthaltene Luft auf eine Strecke von 6—8 cm leicht anstaut, eine ungefähr 10 cm lange, 2 mm im äusseren Querschnitt haltende Punctionsnadel auf der Convexität der Schlinge schräg durch die Schichten der Darmwand und schiebt die Hohlnadel so weit vor, bis die Spitze leicht im Darmlumen spielt.

Ist man nun sicher, dass die Canüle sich frei im Darmlumen befindet, so lässt man zunächst durch den etwa 50 cm langen Schlauch mittelst eines kleinen Glastrichters eine kleine Menge physiologischer Kochsalzlösung einfliessen, dann wird die Nährflüssigkeit ganz langsam, am besten mittelst einer Spritze injizirt, während der Operateur die Darmwände über der Canüle leicht mit Zeigefinger und Daumen der linken Hand zusammendrückt. Die Zubereitung der Nährflüssigkeit soll etwa 1/2 Stunde vor der Injection beginnen, und zwar nach folgender Vorschrift: Vier Kaffeelöffel Hygiama werden in einer Reibschale mit etwa vier Esslöffel Milch verrieben, so dass die Masse ganz gleichmässig ist. Inzwischen lässt man ein Quart Milch mit einer Messerspitze Kochsalz und einem Kaffeelöffel gepulverten Zucker aufkochen, fügt der kochenden Milch rasch das Hygiamagemisch bei und lässt das Ganze unter beständigem Umrühren 1/2 bis 1 Minute leicht kochen. Das Gemisch wird hierauf in einen Topf mit heissem Wasser gestellt, und soll gerührt werden. Nun kommen fünf sorgfältig von Eiweiss befreite Eidotter in die Reibschale, werden in dieser etwa 5 Minuten lang gründlich verrieben, während langsam eine Messerspitze Dermatol zugesetzt wird. Schliesslich wird alles zusammengemischt, nochmals gerührt, und die Nährflüssigkeit ist gebrauchsfertig. Will man stimulierend wirken, so kann man kurz vor der Einspritzung dem Gemisch 15 bis 30 gr Cognak beifügen. Es gelingt ohne Schwierigkeit, die genau nach dieser Vorschrift bereitete Flüssigkeit einzuspritzen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von
Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**
Lublinitz (Schlesien).
Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.
Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 2834.

Nr. 51. 17. März. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Aus der Provinzialheilanstalt Münster i. W.

Ein Beitrag zur Frage „Trauma und Geistesstörung".

Gutachten, erstattet der Knappschaft über den Bergmann K.

Von Direktor *Dr. Meyer*, Geseke.

K. wurde als Sohn des jetzigen Invaliden K. und seiner Frau geb. B. zu D. am 8. Mai 1873 geboren, entwickelte sich in normaler Weise, blieb insbesondere frei von Kindeskrankheiten nervöser Art und besuchte in der Folgezeit die Volkschule seiner Heimath mit dem Erfolge, dass er jedes Jahr versetzt werden konnte. Im Alter von 16 Jahren, also im Jahre 1889 begann er auf Zeche „Neu Iserlohn" seine bergmännische Thätigkeit und seit dieser Zeit steht er, abgesehen von einer durch Ableistung seiner Militärpflicht verursachten Unterbrechung, sowie von zweimaligem „Krankfeiern" im Jahre 1900 und 1905, in einem ständigen, dauernden Arbeitsverhältniss.

Nach K.'s eigenen Angaben ist ihm die Bergarbeit niemals schwer gefallen; sie hat ihn in seiner körperlichen und anscheinend auch geistigen Entwickelung nicht geschädigt, so dass er seiner Zeit zur Gardeinfanterie ausgehoben werden konnte und nach tadellos verbrachter Dienstzeit als Gefreiter zur Reserve beurlaubt wurde.

Wiederum kehrte er zur Bergarbeit zurück, war Vollhauer und Ortsältester, „ein braver, gehorsamer Sohn", ein „fleissiger Arbeiter", der nach den in den Akten befindlichen Lohnlisten von 1899—1905 einen durchschnittlichen, täglichen Arbeitsverdienst von 5.62 Mk. hatte und weiterhin nicht unerhebliche Ersparnisse hatte zurücklegen können. Von seinen Arbeitskameraden wird ihm einstimmig das Zeugniss ausgestellt, dass „K. zwar nie besonders lebhaft und gesprächig gewesen, dass er sich vielmehr immer etwas in sich zurückgezogen gezeigt hat und namentlich Fremden oder ihm weniger Bekannten gegenüber wenig zugänglich gewesen ist, sonst aber nichts an sich gehabt habe, was einen Zweifel an seinem geistig normalen Zustand hätte aufkommen lassen können." Seine Vorgesetzten bekunden der Reihe nach, dass er immer ein ruhiger und ganz angenehmer Arbeiter gewesen, dessen Leistungen bis zuletzt zum Ausbruche des Bergarbeiterausstandes durchaus zufriedenstellend waren.

K. hatte noch niemals während seiner bergmännischen Thätigkeit „krankgefeiert", als ihm am 25. April 1900 Vormittags 9 Uhr ein Unfall unter Tage traf, indem er nämlich beim Haspelziehen mit dem Kopfe zwischen Haspelhorn und Hangendes gerieth; ohne sichtbare Verletzungen, ohne jeden Bewusstseinsverlust erlitt er gleich wohl eine „Schädelquetschung", „einen Schlag gegen die Stirn." Erst nachdem K. und sein Gefährte den Wagen vollständig heraufgehaspelt hatten, sagte er zu letzterem, dass er infolge des soeben erfolgten Ruckes im Seil mit dem Kopfe zwischen Haspelkrücke und Hangendes gerathen sei und dabei einen Schlag gegen das Kinn erhalten habe. Einem zweiten Mitarbeiter hat er „unmittelbar nach Eintritt des Unfalles" Mittheilung gemacht, „er habe sich eben einen Gehörigen ausgeputzt, er sei mit dem Kopfe zwischen Haspelhorn und Firste gerathen." Die Schicht, in der sich diese Vorgänge ereigneten, wurde indessen noch beendet; auch die folgenden wurden, einschliesslich der am 28. IV., noch regelmässig verfahren; erst am Montag, den 30. April, holte sich K. in Begleitung seines Vaters einen Krankenschein, den er am 1. Mai gegen einen Verletzungsschein umtauschte.

K. hat sich bereits am Tage des für ihn verhängnissvollen Ereignisses seinem Vater gegenüber über „Sausen und Singen im Kopfe beklagt, sowie über Schwerhörigkeit. Am 27. April bemerkten seine An-



gehörigen zum ersten Male bei ihm auffällige Redensarten. K. gab an, alle Leute sprächen über ihn böses und wollten ihm seine Ehre nehmen. Er war das Leben leid und versuchte sich vermittelst eines Hosenträgers an der Ecke eines Schrankes aufzuhängen; der Hosenträger rutschte aber ab. K. sagte: Gott habe ihn noch nicht haben wollen. Dann glaubte er wieder, er werde streckbrieflich verfolgt und stellte sich bei der Polizei." So zu lesen im ärztlichen Gutachten bei Frage 6. Die erste ärztliche Untersuchung fand am Nachmittage des 30. April statt. Nach den Angaben des Unfallverletzten bestanden „Schmerzen im Kopf, Singen und Sausen in den Ohren, ängstliche Gemüthsstimmung; Symptome einer Gehirnerschütterung sind angeblich nicht vorgekommen; objective Zeichen der stattgehabten Quetschung fanden sich ebensowenig"; doch „war seine Stimmung eine traurige, K. führt unzusammenhängende Reden und glaubt sich von allen Menschen verfolgt."

Am 1. Mai „sprang K. aus dem Fenster seiner Wohnung in den Schlossteich, da er sich verfolgt glaubte; am selben Tage wurde er in das Krankenhaus zu L. aufgenommen; auch hier war er anfangs immer sehr traurig gestimmt, hörte Stimmen, die ihn riefen und böses von ihm sprachen. Er suchte aus dem Zimmer zu entweichen, schlief schlecht und führte unzusammenhängende Reden; sein Appetit war gut. Dieser Zustand dauerte bis zum 14. Mai und es waren bereits Schritte gethan, um K. in eine Irrenanstalt zu überführen, als sich plötzlich der Zustand besserte. Es trat gesunder Schlaf ein, die Stimmung wurde heiterer, die Wahnideen schwanden völlig. Zeitweise traten noch Kopfschmerzen auf."

Aus den am 30. April dem Arzte gegenüber gemachten Angaben des Untersuchten interessirt noch die Darstellung des Unfalles: „K. erhielt am 25. in der Grube mit der Kurbel eines Haspels einen Schlag gegen die Stirn. Infolge des heftigen Stosses schlug er mit dem Hinterkopf gegen das Hangende. Der Arzt sagt: „Hat faktisch ein starker Schlag den Kopf getroffen, so ist ein ursächlicher Zusammenhang zwischen Verletzung und Geistesstörung nicht von der Hand zu weisen."

Der anfänglichen Besserung folgte am 17. Juni 1900 die Entlassung K.'s aus dem Krankenhause als „wieder vollständig hergestellt und arbeitsfähig," wie die gutachtliche Aeusserung des behandelnden Arztes meldet. Am 8. August 1900 wurde auf Grund des ärztlichen Gutachtens, dass Folgen des Unfalles in Bezug auf Erwerbsbeschränkung nicht anerkannte, von seiten des Knappschaftsvorstandes eine Entschädigung abgelehnt. Es „kann unter diesen Umständen unerörtert bleiben, ob thatsächlich ein Betriebsunfall im Sinne des § 1 des Unfall-Versicherungs-Gesetzes stattgehabt hat," so schloss der Ablehnungsbescheid.

K. hat denn auch wieder in seinem Berufe regelmässig gearbeitet. „Allerdings behaupten die Angehörigen und Nachbarn mit Bestimmtheit, dass er auch während dieser Zeit oft ein eigenthümliches und gegen früher verändertes Wesen gezeigt hat." Nach Angabe des Vaters des K. ist sein Sohn zwar als „geheilt" entlassen, „hat aber die normale Geisteskraft nicht wieder erhalten, so dass es von Jahr zu Jahr schlimmer wurde." (Schluss folgt.)

Die Abstinenz in Irrenanstalten.

Vortrag, gehalten auf der Psychiaterversammlung beim X. Internat. Kongress gegen den Alkoholismus in Budapest im September 1905.

Von Direktor *Dr. Delbrück*, Bremen.

(Schluss.)

Sehr interessant ist das Verhältniss der Anstalten mit abstinenten Aerzten; sie belaufen sich nur auf 10 unter 25! Ich halte das für eines der wichtigsten Ergebnisse meiner ganzen Enquête. Es beweist unwiderleglich, dass die Forderung der Abstinenz in Irrenanstalten durchaus nicht nur ein Postulat der Abstinenten ist, sondern in gleicher Weise von zahlreichen Mässigen aufgestellt wird; insbesondere sind zu den letzteren alle in Betracht kommenden österreichischen Collegen zu rechnen. Ich persönlich billige freilich die Nicht-Abstinenz der Anstaltsärzte nicht, bedauere demgemäss, dass ich Ihnen nur von 2—3 deutschen abstinenten Anstalten mit abstinenten Aerzten zu erzählen habe, constatire aber als quasi Alt-Schweizer mit Genugthuung, dass unter den 8 schweizerischen nur eine ist, die keinen abstinenten



Arzt hat. Zürich und Münsterlingen haben auf die Frage: „haben Sie abstinente Aerzte?" sogar die stolze Antwort gegeben: „Ja alle!"

Abstinente Pfleger haben nur 8 von unseren 25 Anstalten (5 schweizerische und 3 deutsche).

Wichtig und interessant schien mir nun weiter, wie man aus meinen Fragen I 4 und 5 und II ersieht, wieweit die Abstinenz in den abstinenten Anstalten abgesehen von den Patienten durchgeführt ist. Da bekommt denn das Pflegepersonal keinen Alkohol in 18 und auch die anderen Angestellten (incl. der Assistenzärzte) keinen in 11 von unseren 25 Anstalten. In dieser Beziehung ist Oesterreich wieder weit voran, die Schweiz sehr zurück! Alkoholfreie Apotheken zähle ich nur 10 und alkoholfreie Küchen ebenfalls.*)

Von den Apotheken will ich nichts sagen. Warum man sich aber in der Küche nicht vom Alkohol trennen will, ist mir unverständlich! Ich halte das für ganz verkehrt. Es hat keinen Zweck und ist doch durchaus widersinnig, wenn man dem Alkoholiker die alkoholischen Getränke verbietet und ihm dann doch wieder Bier- oder Weinsuppen zu essen vorsetzt.

Ganz alkoholfrei in Bezug auf Patienten und sämmtliches Personal, in Apotheke und Küche sind nur 5 Anstalten: das sind Kierling-Gugging, Eichberg, Heidelberg, Bremen und Münsterlingen. Nur die beiden letztgenannten haben aber abstinente Aerzte. So darf ich wohl für diese beiden Anstalten den Preis in Anspruch nehmen. Die Palme aber gebührt Münsterlingen. Denn dort sind alle Aerzte organisirte Abstinenten, während wir in Bremen zur Zeit wenigstens diesen Ruhm nicht für uns in Anspruch nehmen können.

Nachtragen muss ich nun noch, dass in meiner Statistik 3 Anstalten vielleicht nicht als abstinent bezeichnet werden durften: Eichberg wird die Abstinenz erst nach Fertigstellung der für dieses Jahr beantragten Mineralwassermaschine einführen. Eine andere Anstalt antwortet auf die Frage I 3: „In der Agonie gewöhnlich 2 dl." (zu ergänzen: Wein). Ich habe diese Angabe als ein Apotheken-Ja gerechnet, möchte den Herrn Kollegen aber doch bitten, die Wohlthat, die er seinen Patienten im Leben gönnt, auch im Sterben nicht zu versagen. Mir würde der Gedanke sehr peinlich sein, dass man mir zu guter letzt auf dem Todtenbett noch mal 2 dl. Wein einpumpen könnte. Endlich habe ich eine dritte Anstalt als alkoholfrei gezählt, aus der mir der nicht abstinente (!) Herr Kollege Folgendes schreibt: „Seit 1895 waren von mir alkoholhaltige Getränke bei allen Anstaltsfestlichkeiten und für die Gartenarbeiter verbannt und durch andere (Limonaden, Malzkaffee etc.) ersetzt. — Vom 1. April 1902 ab beabsichtigte ich alkoholische Getränke aus dem Anstaltsgetriebe überhaupt fernzuhalten. — Leider ist mir dies zunächst nur für die III. Verpflegungsklasse (unter Entschädigung des nach dieser Klasse verpflegten Personals in Geld) von der vorgesetzten Behörde ohne Ausnahme bewilligt worden, während in der ersten und zweiten Klasse, abgesehen von solchen, denen aus ärztlichen Gründen der Alkohol auch gegen ihren Willen ferngehalten werden muss, die Zustimmung der betreffenden verlangt wurde (bei geeignetem Ersatz). — In Folge hiervon wurde der Alkohol für alle diejenigen Kranken in der I. und II. Klasse fortgelassen, welche einer selbstständigen Ueberlegung und Entscheidung in dieser Frage unfähig sind, und auch sonst auf möglichste Einschränkung hingewirkt. Weiterhin wird wohl noch gänzlicher Wegfall auch in der I. und II. Klasse, wie ursprünglich angestrebt und aus naheliegenden Gründen wünschenswerth, erreichbar sein".

*) Diese Alkoholfreiheit deckt sich nicht immer!

Ich konnte mir das wörtliche Citat dieses Berichtes nicht versagen, weil er in hohem Grade charakteristisch ist für die Alkoholfrage im Allgemeinen und ihre Lösung in Anstalten im besonderen: Der Arzt hält den mässigen Genuss — ebenso wie ich — rein physiologisch für das Individuum in vielen Fällen nicht für unbedingt schädlich, aber die Fernhaltung des Alkohols aus dem Anstaltsgetriebe überhaupt — „aus naheliegenden" — d. h. psychologischen Gründen für wünschenswerth. Sein Wunsch, den er zum Wohle der ihm anvertrauten Kranken äusserte, blieb aber bis jetzt unerfüllt wegen des zähen unüberwindlichen Widerstandes, den die Trägheit der Masse leistet, in diesem Falle vertreten durch „die vorgesetzte Behörde"! Ich habe mich vorhin der Abstinenz in unserer Bremer Anstalt gerühmt; dann glaubte ich in der Reihe der abstinenten Anstalten einem Kollegen den Platz nicht versagen zu sollen, mit dem ich mich in nahezu vollständiger principieller Uebereinstimmung befinde.

Man sieht, welche Widerstände die Einführung der Abstinenz in Irrenanstalten zu überwinden hat. Die zwei Anstalten, die sich gegenüber den anderen rühmen dürfen, wie herrlich weit sie es gebracht haben, erreichen doch noch immer nicht das in dieser Beziehung, was jeder Sachverständige für eine



Trinkerheilstätte als unerlässlich hinstellt. Und jede Irrenanstalt sollte doch eine Trinkerheilstätte sein! So deprimierend diese Erwägung nun aber auch ist, so finde ich doch einigen Trost und einige Gewähr dafür, dass es allmählich besser werden wird, in den Berichten, die mir aus den 92 „mässigen" Anstalten zugegangen sind. Ich habe wiederholt betont, wie sehr ich vielfach geschwankt habe und schwanken musste, ob ich eine Anstalt dieser oder jener Gruppe zutheilen sollte. So zählte ich denn unter den mässigen eine Reihe, die der zuletzt characterisirten fast gleich oder doch sehr nahe stehen; und bei der überwiegenden Mehrzahl ist eine ausgesprochene Tendenz, eine Richtung auf die Totalabstinenz (N. B. der Anstalt) deutlich erkennbar: Da zähle ich zunächst 15—16 abstinente Abtheilungen, sicher eine Einrichtung, die vielfach wohl den ersten Schritt zur völligen Alkoholfreiheit der Anstalt repräsentirt; und ich muss wiederum betonen: es sind in überwiegender Mehrzahl Anstalten, die keine abstinenten Aerzte haben, bei denen wir dieser Einrichtung begegnen. Abstinente Aerzte giebt es in 14—17, abstinente Pfleger in 17—22, abstinente Aerzte und Pfleger in 5—10 der mässigen Anstalten. Wenn ich auf Grund der soeben angeführten Merkmale eine Anstalt als besonders qualificirt zur Abstinenz bezeichnen darf, so zähle ich deren 41. Aber ausserdem fand ich bei diesen 41 und ebenso bei weitern 29, in Summa also bei 72 Anstalten Bemerkungen, zum Theil sehr zuverlässiger und detaillirter Art, die mir beweisen, dass man dort bereits thatsächlich bis zu einer ausgesprochenen Mässigkeit im Sinne der Abstinenten sich durchgerungen hat: Bemerkungen wie: nur an Sonn- und Feiertagen — nur bei Festlichkeiten — nur ausnahmsweise — nur an die Gartenarbeiter — oder: nur Dünnbier, nur Schwachbier, nur obergähriges Bier, zum Theil mit Angabe des Procentgehaltes — sind geradezu die Regel in den Antworten auf die Frage I 3. Mitunter ist sogar der geringe Procentsatz der Patienten, die noch Alkohol bekommen oder der Jahresconsum in der ganzen Anstalt angegeben. Und bei dem Rest von 22 Anstalten, bei dem alle derartige Bemerkungen fehlen, ist ja noch gar nicht gesagt, ob sie nicht vielleicht nur unterdrückt sind zum Zwecke präciserer Formulirung in der Statistik! Sie beantworten meist die Fragen I und 2, ebenso III bis V mit Nein, die übrigen mit Ja. Im Ganzen wird in den 92 mässigen Anstalten nur in 9 dem Pflegepersonal kein alkoholisches Getränk gereicht; alkoholfreie Apotheken (d. h. natürlich immer nur frei von Medicinalweinen, Cognac & Co.) finden wir 16 Mal und alkoholfreie Küchen — horribile dictu — Eine! Der Unfug von Wein- und Biersuppen ist hier verhältnissmässig häufig!

Und nun noch ein Wort über den etwas betrübenden Rest der 14 Anstalten, die trotz ihres zum Theil ehrwürdigen Alters noch immer im Zustande jungfräulicher Unschuld gegenüber der Abstinenzbewegung verharren. Vielleicht habe ich hier einigen Unrecht gethan und ihre Antworten missverstanden. Jedenfalls muss ich constatiren, dass auch unter diesen 14 wenigstens 10 sicher wissen, dass das Uebermass vom Uebel ist und ihre Ja's auf die Fragen I und II mit ähnlichen Bemerkungen versehen haben wie jene mässigen: „nur Dünnbier" oder dergl.

„Dünnbier!" Es erscheint mir unerlässlich auf die Bierfrage noch etwas näher einzugehen, weil dadurch das Gesammtresultat unserer Statistik in gewissem Sinne in wesentlich milderem Lichte erscheint, insbesondere auch die soeben von mir gegeisselte Stellung der von der Abstinenzbewegung unberührt gebliebenen Anstalten. Es wäre Unrecht bei dieser Gelegenheit zu verschweigen, dass auch wir radikalen Abstinenten in der ersten Zeit, so z. B. unter Forels Aegide in Zürich, unseren Alkoholikern noch sogenannte alkoholfreie Getränke gegeben haben, die „nur Spuren von Alkohol als unbeabsichtigtes Nebenproduct" enthielten. Wir haben später auch diese Getränke auf die schwarze Liste gesetzt, weil sich herausstellte, dass sie ebenso viel $C_2 H_5 OH$ enthielten wie das vielerwärts übliche obergährige Bier. Nun wird ja aber das ganze Bierproblem wesentlich verständlicher, wenn man sich vergegenwärtigt, dass man bis zur Mitte des vorigen Jahrhunderts fast nur obergähriges Bier kannte, das — ein angenehmes Erfrischungsgetränk — eben seine Spuren Alkohol ursprünglich auch nur als unbeabsichtigtes Nebenproduct der Fabrikation enthielt. So erklärt es sich, dass man damals das Bier schlechtweg als harmloses und sehr geeignetes Ersatzgetränk empfahl — ebenso wie wir in Zürich im Anfang der neunziger Jahre unser „alkoholfreies Ingwerbier". So erklärt es sich aber auch, dass noch jetzt viele Collegen das obergährige Bier als harmloses Ersatzgetränk ansehen. — Nun zähle ich unter sämmtlichen 106 nicht abstinenten Anstalten 35—36 %, die ausdrücklich betonen, dass sie ihren Patienten „nur Bier" geben und in der überwiegenden Mehrzahl ist speziell angegeben, dass sie nur obergähriges Bier verabreichen. Wenn man von diesem Standpunkte aus die Bieranstalten auch als abstinent zählen will, so komme ich nicht auf 17 sondern auf mindestens 50 % alkoholfreier Anstalten. Ich sage das nicht, weil ich diesen Standpunkt theile, sondern nur um darauf hinzuweisen,



dass man im Princip bereits nicht mehr weit von der Einstimmigkeit entfernt ist: darüber, dass eine Irrenanstalt alkoholfrei sein sollte.

Ich brauche wohl nicht besonders zu betonen, dass ich auch das obergährige Bier nicht als alkoholfreies Getränk anerkenne und das thun ja auch jene Kollegen nicht; sonst würden sie meine Frage nicht mit Ja beantwortet haben. Ich brauche wohl nicht zu sagen, dass ich die Verabreichung des Schwachbiers in Irrenanstalten für durchaus verkehrt halte! „Affe ist Affe" sagt das Sprüchwort, „auch wenn er goldenen Schmuck trägt". Bier ist Bier, auch wenn es Dünnbier ist und nur 1 % Alkohol enthält. Es heisst „Bier", es schmeckt wie Bier und es enthält auch, wenn es gut ist — wenn es lange genug gegohren hat — nicht 1 %, wie viele irrthümlich annehmen, sondern 2—3 % Alkohol d. h. ebenso viel wie leichtes Lagerbier. Man erhält demjenigen, dem man es zu trinken giebt, den Geschmack am Bier und erweckt bei ihm den Appetit nach mehr Alkohol. Das aber ist es ja, was wir beim Alkoholiker vermeiden wollen. Deshalb verlangen wir alle ohne Ausnahme, die Abstinenten ebenso wie die Mässigen, von ihm die lebenslängliche Totalenthaltsamkeit.

Weshalb aber fordern wir endlich in den Trinkerheilstätten auch von dem gesammten Personal die persönliche Verpflichtung zur Abstinenz? Doch nur aus pädagogischen Gründen. Dieses Moment kommt aber in jeder Irrenanstalt in ganz gleicher Weise in Betracht. Man glaube ja nicht, dass ich in der Bremer Anstalt auch das Schwachbier ausgerottet habe, weil ich im concreten Fall den Genuss der Paar Cubikcentimeter Alkohol für schädlich halte! Ganz gewiss nicht! In dieser Beziehung sind wir alle völlig Einer Ansicht! Ich will nicht, dass meine Patienten den Bierwagen vor unserem Oeconomiegebäude halten sehen und denken: „da kommt das Bier für die Anderen". Ich will nicht, dass ihrem kranken schwachen Nachbar aus der Apotheke ein Glas Portwein gereicht wird und sie nachher sagen: „Also in gewissen Fällen hält unser Director den Wein doch für ein Stärkungsmittel". Das sind die in der That sehr „naheliegenden" Gründe, die auch den nicht-abstinenten Collegen veranlasst haben, „die alkoholischen Getränke aus dem Anstaltsgetriebe überhaupt fernzuhalten" — d. h. die ihn veranlassten, diess anzustreben!

Dies in kurzen Zügen das Resultat meiner Umfrage. Ich glaube sagen zu dürfen, im Princip ist man sich über die Frage der Abstinenz in Irrenanstalten bereits ziemlich einig. Fast überall strebt man diesem Ziele zu. Erreicht hat es bis jetzt in idealer Form noch keine Anstalt. Nachdem aber der Anfang einmal gemacht ist, sollten wir uns alle bemühen, auf dem einmal eingeschlagenen Wege vorwärts zu kommen. Wir, die wir bereits Abstinenten sind, werden uns bestreben der Abstinenzbewegung unter unseren Collegen, unter unserem Personal, immer grössere Verbreitung zu verschaffen; hoffentlich werden wir bald auch Oesterreicher unter uns sehen; meine Schweizer Freunde sollten ihrem Oeconomiepersonal einmal etwas mehr Aufmerksamkeit schenken und an die deutschen Herren Collegen richte ich die Bitte, sich nun auch von ihrem Dünnbier zu trennen und die Bier- und Weinsuppen aus ihren Küchen zu verbannen, damit wir endlich einmal aus den Kinderschuhen in der Behandlung des Alkoholismus herauskommen.

Nachschrift: Auf Anregung vorstehenden Vortrages hat der Präsident des Budapester Congresses, Herr Ministerialrath Chyzer, Chef des Santiätsdepartements im ungarischen Ministerium des Innern den Directoren der ungarischen Irrenanstalten und der psychiatrischen Adnexe der Krankenhäuser anempfohlen, in den ihnen unterstellten Irrenanstalten die Abstinenz mit thunlichster Beschleunigung einzuführen.

Mittheilungen.

— **Düsseldorf**, 1. März. Mehrere Beschlüsse des letzten Provinziallandtags haben Personalveränderungen in der Provinzialverwaltung der Rheinprovinz hervorgerufen. Diese Aenderungen sind heute in Kraft getreten. Die bedeutsamste ist in der Leitung der zweiten Abtheilung der Centralverwaltung vollzogen worden. Diese Abtheilung umfasst die Heil- und Pflegeanstalten und das Irren- und Landarmenwesen. Dem bisherigen Leiter dieser Abtheilung, Landesrath Vorster, ist die Stelle des Directors der Provinzial-Feuerversicherungsanstalt übertragen worden. Mit Vorster scheidet der Reformator des rheinischen Irrenwesens aus diesem Amte, das ihm zwölf Jahre schwere Kämpfe, grosse Aufgaben, aber auch reiche Erfolge gebracht hat. Nach dem Aachener Alexianerprocess erging an Vorster, der damals in



der Provinz Sachsen thätig war, der Ruf der rheinischen Provinzialverwaltung, die rheinische Irrenpflege nach innen und nach aussen neu zu organisiren. Viele Missstände und eingewurzelte Vorurtheile einerseits, allzu heftiges Drängen der neuern Richtung anderseits erhöhten die Schwierigkeiten, die sich der Reform entgegenstellten, aber Vorster überwand sie. Ueber den Umfang und den Werth der Reform gab der letzte Provinziallandtag folgendes Urtheil ab: „Im allgemeinen darf auf Grund des einstimmigen Urtheils der Fachliteratur sowie der zahlreichen Sachverständigen, welche aus fast allen Culturstaaten die Neuschöpfungen der Rheinprovinz auf diesem Gebiet in Augenschein genommen haben, behauptet werden, dass die Rheinprovinz nunmehr hinter keiner Provinz der Monarchie und keinem Lande der Welt in dem Ausbau ihres Irrenwesens zurücksteht." Diese Erklärung ist ein sehr ehrenvoller Abschluss der Thätigkeit Vorsters in seinem bisherigen Amte. Die Leitung dieser Abtheilung der Centralverwaltung ist jetzt dem Landesrath Dr. Horion anvertraut worden. Auch er wird vor neue Aufgaben gestellt; darunter ist nur zu nennen die Unterbringung des zu erwartenden Zuwachses an Geisteskranken, die Frage der Versorgung irrer Verbrecher.

(Köln. Zeitung vom 2. März 1906.)

— **Neue religiöse Secte in Russisch-Polen.** In St. Petersburg sind aus Warschau, Plozk und anderen Städten Berichte eingetroffen, die von der Entstehung einer neuen religiösen Secte Kunde geben, deren Anhänger sich „Mariaviten" nennen. Sie leugnen die Unfehlbarkeit des Papstes und erstreben eine sittlich-religiöse Befreiung des Katholicismus, ohne ihn mit politischen Tendenzen verquicken zu wollen. Im Zeichen der Muttergottes ist die Secte organisirt worden und daher ist der Name „Mariaviten" zu erklären. Die russische Presse betrachtet diese Bewegung, der jeder romanisch-celtische Einfluss abgeht, als ein bedeutsames Moment einer slavisch-ethischen Erhebung, welche die Regierung mit aller Vorsicht behandeln sollte.

— **Wissenschaftliche Kurse zum Studium des Alkoholismus** werden auch in diesem Jahre wieder und zwar vom 17.—21. April in Berlin im Baracken-Auditorium der Universität (Eingang Kastanienwäldchen) auf Veranlassung des Centralverbandes zur Bekämpfung des Alkoholismus abgehalten. Unter den Vortragenden sind: Rubner, Kraepelin, Hartmann, Liebe, Laquer, Juliusburger, Weymann, Kappelmann, Ploetz.

Die Theilnahme am Unterricht ist unentgeltlich. Programme sind gegen Portovergütung von Herrn A. Kochanowski, Berlin O. 112, Samariterstrasse 35, zu beziehen.

— **Russische Sectirer.** Neues von der „Johanniter-Secte", d. h. von dem Treiben der fanatischen Anhänger des Priesters Joann von Kronstadt weiss der „Car. Westnik" zu berichten. Die Anhänger dieser Secte haben sich in dem Dorfe Werchnjaja Ielschanka des Kreises Carizyn eingenistet. Die Sectirer veranstalten von Zeit zu Zeit „Andachtübungen" im Hause eines gewissen B—w. Dabei kommt es zu ganz eigenartigen Kundgebungen dieser Fanatiker. Kurz vor den Weihnachtsfeiertagen hatten die Sectirer während einer ihrer Zusammenkünfte beschlossen, ein „Gott wohlgefälliges Opfer" darzubringen. Das Los traf die Frau des Hausbesitzers, doch erschien diese Frau, die krank war, nach der Meinung der Versammelten nicht eines Opfers würdig. Eine andere Frau, Mutter von fünf Kindern, erklärte sich zum Opfer bereit. „Prüft mich!" rief die Frau aus. „Macht mit mir, was ihr wollt, ich werde alles ertragen — es ist mir gleichgültig!" Die Frau nahm auf einer Bank Platz und harrte mit gekreuzten Armen geduldig ihres Schicksals. Am nächsten Tage fand man im Hofe des Hauses des B—w am frühen Morgen die verstümmelte Leiche einer Frau. Ihr Schädel war zertrümmert, die Augen ausgestochen, die Nase abgeschnitten . . Es sammelte sich eine Volksmenge am Ort der blutigen That, Drohungen wurden laut. Da kam der Hausbesitzer heraus, trat die Leiche mit Füssen und rief dabei aus: „Ihre Seele ist gen Himmel gefahren!" Die Polizei erschien und verhaftete den B—w und seinen Bruder, die als Hauptfanatiker der Johanniter-Secte bekannt sind. Nach zweitägiger Haft wurden jedoch beide, wahrscheinlich gegen Bürgschaft, entlassen. Es erhält sich das Gerücht, dass die Fanatiker noch „zwei Opfer darbringen" wollen, wenn die Urheber des ersten Verbrechens unbestraft bleiben sollten.

(„Die Zeit", Wien, 1. März 1906.)

— **Sitzung der forensisch-psychologischen Vereinigung zu Heidelberg** vom 2. März 1906. Der Vorsitzende Prof. Dr. Endemann hebt einleitend hervor, dass wegen Aenderung der Tagesordnung der Herr Referent von heute erst in letzter Stunde um seinen Vortrag ersucht wurde und in dankenswerther Weise noch zusagte. Hierauf führte Privatdoc. Dr. Radbruch „über die strafrechtliche Bedeutung der Perforation" etwa Folgendes aus: „Mit Perforation sollen im Folgenden der Kürze halber alle Operationen verstanden sein, welche die Schwangerschaft mit Opferung des Kindes unterbrechen. Seitens der Aerzte wurde die Frage schon wiederholt behandelt, so durch Krauss und Hoche; die Aerzte sind sich darüber völlig einig, dass, wenn Leben und Gesundheit der Mutter in Gefahr steht, das Kind zurücktreten, als der wirthschaftlich weniger werthvolle Theil geopfert werden muss. Dieser Auffassung stehen juristischer Seits zunächst die §§ 218—220 R. Str. G. entgegen; gleichwohl sind auch die Juristen darüber einig, dass das St. G. B. jene Fälle ausgenommen haben wollte. Nur ist die Begründung dafür eine sehr verschiedene und diese Verschiedenartigkeit einerseits, die Gegnerschaft der religiösen, besonders katholischen Kreise andrerseits legen die Gefahr nahe, dass doch gelegentlich die genannten §§ eine den Aerzten ungünstige Interpretation erfahren. Desshalb muss die jetzt herrschende Auffassung auch gesetzlich festgelegt werden. Forel u. A. wollen noch weiter gehen; die Unterbrechung der Schwangerschaft soll



auch im Interesse des Kindes, wenn dessen Siechthum durch hereditäre Belastung zu fürchten ist, und auch dann, wenn es gegen den Willen der Mutter (z. B. Nothzucht) empfangen ist, statthaft sein. Popularistische Gründe sprechen, zumal bei uns in Deutschland, nicht dagegen; manches spricht sogar dafür: bei der häufig vorkommenden Fruchtabtreibung schädigt deren Verbot das Ansehen des Gesetzes, auch öffnet dieses der Erpressung und dem Betrug Thür und Thor (Versuch mit untauglichen Mitteln ist neuerdings straffrei!). Hier handelt es sich aber nur um die Frage: wie ist die Zulässigkeitserklärung der Perforation im Interesse der Mutter gesetzlich zu formuliren? Verschiedene Möglichkeiten können in Betracht kommen. Man könnte die Perforation als chirurgische Operation in das ebenfalls zu regelnde Recht der chirurgischen Operation einbeziehen und jede im Interesse der Heilung eines Kranken nöthige und von dem Kranken zugegebene Operation für statthaft erklären. Oder man könnte, wie das anderwärts schon geschehen ist, besondere Bestimmungen für die Perforation treffen; schwierig wäre dabei die Begrenzung des Zwecks und der Relation der Operation zum Zweck, sowie die Bestimmung über die Subjecte der Operation (nur Medicinalpersonen oder auch Laien?) und die Frage der Einwilligung der Schwangern. Endlich kommt noch Regelung der Frage durch Erweiterung des Nothstandsparagraphen (54 R. St. G.) auf Andere als nur Angehörige in Betracht; die Perforation würde dann als Nothilfe gelten. Für eine solch allgemeine Fassung wären die religiösen Gegner eher zu haben, auch hätte sie den gesetzgeberisch-technischen Vortheil, dass sie sowohl Perforation als Abortus inbegriffe; als Zweck der Operation wäre auch Verhütung von Siechthum zugegeben, mit der erwünschten Beschränkung aber, dass die Operation nur als einzig mögliches Mittel zulässig ist. Bedenken hätte diese Regelung nur insofern, als sie auch andere Personen als Laien zum Eingriff berechtigen und Einwilligung der Schwangern nicht verlangen würde. Eine einschränkende Bestimmung hinsichtlich des Subjects der Nothhülfe zu machen, den gesetzgeberischen Kampf gegen die Kurpfuscherei gerade an dieser Stelle zum Ausdruck zu bringen, ist aber nicht rathsam; ob man eine besondere Klausel betr. die Einwilligung der Schwangern fordern soll, hängt von der Weltanschauung ab, ob man das Interesse, die Vernunft, die Gemeinschaft höher werthet als den freien Willen, die Individualität u. s. w. Der Vortragende fasst seine Ansicht zusammen in die Thesen: 1) Es ist wünschenswerth, dass die Gesetzgebung bei Gefahr der Mutter die Perforation ausdrücklich zulässt. 2) Dies geschieht am besten durch Erweiterung des § 54 im Sinne allgemeinen Nothhilferechts ohne Beschränkung auf die Angehörigen. 3. Fraglich ist, ob bezüglich der Perforation die Einwilligung der in Nothstand befindlichen Schwangeren verlangt werden soll.

In der Discussion führt Geh. Hofrath Prof. Dr. v. Rosthorn etwa Folgendes aus: Der Geburtshelfer steht jedesmal bei künstlicher Unterbrechung der Schwangerschaft (wobei zwischen lebensfähiger und nicht lebensfähiger Frucht principiell zu unterscheiden ist), vor einer Menge von Fragen und Zweifeln; deshalb wäre auch ihm eine gesetzliche Regelung der vorliegenden Materie sehr erwünscht. Nur ist diese offenbar eine recht schwierige. Schon die Indicationsstellung unterliegt oft grossen Bedenken, weil die Aerzte noch keine Norm dafür haben, oft recht verschiedener Ansicht sind; deshalb empfiehlt sich vor Allem die consiliarische Behandlung des Falles. Sodann möchte er trotz der sehr günstigen Resultate der Perforation doch nicht auf die Einwilligung der Schwangern ev. auch der Angehörigen verzichten; die der ersteren habe freilich oft nur einen problematischen Werth (bei Unehelichen, bei hochgradig Erregten u s. w.). Bezüglich der socialen Bedeutung von Mutter und Kind gehen die Ansichten oft sehr auseinander; die Franzosen z. B. neigen dazu, das Kind höher zu taxiren und ziehen den Kaiserschnitt vor; demgegenüber ist aber zu betonen, dass die das Kind erhaltenden Operationen eine ca. doppelt so hohe Mortalität haben als die Perforation; oft auch ist der Kaiserschnitt durch die äusseren Umstände (Zeit und Raum) ausgeschlossen. Wir bewerthen im Allgem. das mütterliche Leben höher, ziehen deshalb die Aufopferung des Kindes zu Gunsten der Mutter vor; doch wird sie mit den Fortschritten der Wissenschaft und Technik immer seltener nöthig werden. — Staatsrechtslehrer Geh. Rath Dr. Jellinek hebt hervor, dass es Fälle giebt, wo, z. B. in dynastischen Familien, das Kind eine ganz besondere Bedeutung hat, die Einwilligung der Mutter daher durchaus zu fordern ist. — Privatdoc. Dr. Willmanns bespricht die psychiatrischen Indicationen der Perforation: Die Literatur ist ziemlich spärlich und die Ansichten der Psychiater sind getheilt. Die moderne Schule sagt etwa Folgendes: Wenn die Schwangerschaft die geistige normale Verfassung gefährdet, dann ist die Indication für ihre Unterbrechung gegeben. Ersteres ist aber selten der Fall, am meisten noch bei den Neurosen, bei Hyperämeris gravidarum, bei Chorea und bisweilen bei Epilepsie, wo sehr gehäufte Anfälle zu rascher Verblödung führen können. Selten ist die Indication bei eigentlichen Psychosen. Dementia praecox geht doch in Demenz über, Paralyse führt doch zum Tod; für das manisch-depressive Irresein ist ein günstiger Einfluss durch Unterbrechung der Schwangerschaft nicht erwiesen, sie geht auch ohne solche in Heilung über; nicht zuzustimmen ist Jolly, der wegen depressiver Selbstmordgedanken perforiren will; noch weniger berechtigt ist es, ein Kind lediglich deshalb zu opfern, um Einweisung der Schwangern in eine Irrenanstalt zu vermeiden. Einzig sicher ist der Zusammenhang zwischen Schwangerschaft und Amentia; da diese aber selten recidivirt, berechtigt einmaliges Ueberstehen nicht zur Unterbrechung der folgenden Schwangerschaft. Anders liegt die Sache, wenn psychische Erkrankungen mit körperlichen, bes. hochgradigen



Schwächezuständen verbunden sind. — Prof. Dr. Nissl stimmt dem Vorredner im Allgem. bei; nur möchte er die Indication noch mehr einschränken. Auch bei Chorea und Epilepsie divergiren die Ansichten; bei ersterer hat er selbst noch keinen Nutzen von Unterbrechung der Schwangerschaft gesehen. Grosse Vorsicht ist geboten gegenüber der Forel'schen Indication, der erblichen Belastung des Kindes; was wir hierüber wissen, ist noch ganz ungenügend. Mit wissenschaftlicher Bestimmtheit können also Psychosen überhaupt nicht die Perforation begründen. Freilich — andere Psychiater urtheilen anders. — Zum Schluss hebt der Vors. Prof. Endemann nochmals hervor, dass die eigentlichen Schwierigkeiten des Problems zweifellos erst beim lebensfähigen Kind beginnen, da das nicht lebensfähige Kind als pars matris social werthlos ist; aus sittlichen Gründen darf aber das Problem auch nach dieser Richtung nicht allzu leicht behandelt werden. Kürz-Heidelberg.

— **Kuriosa von der „Hennig-Suche."** Während sich die arme Berliner Criminalpolizei im Schweisse ihres Angesichts abmüht, Hennig zu fassen, ist man auch in der Provinz nicht unthätig. In Landsberg bei Halle a. S. hielt sich seit einigen Tagen ein Criminalcommissar auf, der sich Kramer nannte, und der dem Raubmörder Hennig auf der Spur sein wollte. Der geheime Beamte setzte sich mit verschiedenen Polizeibehörden in Verbindung, so unter anderen auch mit denen von Dessau, Zörbig und Halle. Er bat sich Hilfe aus, um Hennig, der in Zörbig sei, festnehmen zu können. Zörbig wurde denn auch von Gendarmen umstellt, ohne dass man des Raubmörders habhaft werden konnte. Die Beamten wurden nun von Kramer über Gautz, Damnendorf und Spickendorf weiter dirigirt, aber Hennig blieb verschollen. Nun kam ein Gendarm auf den Gedanken, sich den Criminalcommissar etwas näher anzusehen. Dabei stellte es sich heraus, dass K. ein — aus einer Heilanstalt entsprungener Irrsinniger ist.

— Die **„Protokolle der Posener Aerztekammer"** enthalten folgendes: Königliches Amtsgericht. 4 Gen. II No. 2a, 92. Rogasen, den 3. September 1905. In den letzten Jahren ist hier nun schon zum dritten Male der Fall vorgekommen, dass uns zur Begründung des Antrages auf Aufhebung der wegen Geisteskrankheit erfolgten Entmündigung ein ärztliches Zeugniss vorgelegt wurde, welchem wir die Beachtung zu versagen für notwendig erachteten. Solche Vorkommnisse zu vermeiden, liegt unseres Erachtens sowohl im Interesse der Wahrung des ärztlichen Ansehens als auch in den von uns zu wahrenden öffentlichen und privaten Interessen. Deshalb regen wir den Gedanken an, die Aerzte des dortigen Bezirkes dafür zu interessieren, wie solche Vorkommnisse zu vermeiden sind. In den hier vorgekommenen Fällen handelte es sich jedesmal um eine Krankheitsform, die schwer erkennbar war, deren Vorhandensein also auch vielfach bezweifelt wurde, und es war für die Begutachtung und Entscheidung des Falles im Entmündigungsverfahren ein umfangreiches Beweismaterial hinsichtlich der Geistesbethätigung des Betreffenden aus einer langen Zeit gesammelt worden. Man stelle sich vor, wie angesichts eines auf solchem Material beruhenden, mit ausführlichster sachkundiger Begründung versehenen Gutachten eines Kreisarztes oder Irrenanstaltsarztes, das uns aus den Entmündigungsakten zugänglich ist, das Gutachten eines jungen Arztes wirkt, das den Fall in knapper Kürze — ein Mal sogar in wenigen Zeilen — abthut und als Grundlage für die Begutachtung nichts weiter erkennen lässt als eine Untersuchung, die besten Falles doch höchstens einige Stunden umfasst haben kann. Da wir gemäss § 676 Absatz 3 und § 649 der Zivilprozessordnung gegen die Zulassung aussichtsloser Wiedererhebungsanträge kein anderes Mittel haben, als die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses zu verlangen, nöthigt uns die Beibringung eines solchen Zeugnisses, das die vorher bezeichnete Unzulänglichkeit aufweist, deren Werthlosigkeit dem Antragsteller rückhaltslos auseinanderzusetzen. Dass dies das Ansehen des Arztes beeinträchtigt, können wir nicht vermeiden. Der betr. Entmündigte wird durch solches Vorkommnis natürlich in dem Glauben bestärkt, dass er unterdrückt werde, und damit in seinem Geisteszustande sicherlich nachtheilig berührt, sodass für ihn auch Folgen hervorgerufen werden können, die auf seine bisherige Ungefährlichkeit nachtheiligen Einfluss ausüben können.

Solche Erfahrungen lassen es uns als nothwendig erscheinen, dass kein Arzt ein Zeugniss über die geistige Gesundheit eines Entmündigten ausstellen sollte, bevor er mindestens vom Entmündigungsbeschluss und, wenn dieser einen nicht leicht zu beurtheilenden Fall aufweist, auch von dem dem Entmündigungsbeschluss zu Grunde gelegenen Beweismaterial Kenntniss genommen hat, und dass er in solchem Zeugniss angiebt, wie er diese Kenntniss sich verschafft hat.

Wir sind bereit, die Akten, zu welchen solche unzulängliche ärztliche Zeugnisse gelangt sind, dorthin zur Einsicht zu übersenden.

Kuhr.

An die Aerztekammer der Provinz Posen
in Posen.

Der Vorsitzende theilt mit, dass er in die angebotenen Akten Einsicht genommen und die gerügten Mängel bestätigt gefunden hat. Es wird Veröffentlichung des Wortlautes der Zuschrift beschlossen.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.



Psychiatrisch-Neurologische Wochenschrift.

Redigirt von

Oberarzt **Dr. Joh. Bresler,**

Lublinitz (Schlesien).

Verlag von CARL MARHOLD in Halle a. S.

Telegr.-Adresse: Marhold Verlag, Hallesaale. Fernsprecher 823.

Nr. 52. 24. März. **1906.**

Bestellungen nehmen jede Buchhandlung, die Post sowie die Verlagsbuchhandlung von Carl Marhold in Halle a. S. entgegen.
Inserate werden für die 3spaltige Petitzeile mit 40 Pfg. berechnet. Bei Wiederholung tritt Ermässigung ein.
Zuschriften für die Redaction sind an Oberarzt Dr. Joh. Bresler, Lublinitz (Schlesien), zu richten.

Zur psychiatrischen Culturarbeit.

Von Dr. *Edmund Holub* in Mauer-Oehling.

Es ist eine anerkannte Thatsache, dass die Irrenanstalt ihre Hauptaufgaben — Heilung der heilbaren, Bewahrung der gemeingefährlichen Kranken — umsobesser erfüllen kann, je früher die Kranken zur Aufnahme gelangen und je weniger man gezwungen ist, zweifelhafte Fälle vor der Zeit zu entlassen.

Leider steht aber ebenso fest, dass diesbezüglich die Wirklichkeit den Forderungen der Psychiater gegenüber viel zu wünschen übrig lässt.

Der Ursachen für diese Erscheinung sind nun freilich mehrere und für den speciellen Fall mag gewiss die eine oder andere hinzukommen oder in Wegfall zu bringen sein. Darüber aber herrscht wohl nirgends ein Zweifel, dass das grösste Hemmniss für das gedeihliche Wirken der Irrenanstalten in dem Vorurtheile des Publikums gegen diese Institute zu suchen ist.

Dass dieses in hohem Grade störende Uebel ein allgemein vorhandenes ist, beweisen nicht nur die vielen Klagen in der einschlägigen Literatur und den Jahresberichten der Anstalten, sondern noch mehr die häufigen Notizen in den Tagesblättern.

Mögen auch viele davon nur dem Sensationsbedürfnisse der Leser dienen und unaufrichtig genug sein, sie bekunden dadurch nur umso offener die abgünstige Grundstimmung der Bevölkerung, für die sie berechnet sind.

Nun kann nicht geleugnet werden, dass Misstrauen und Angst vor den Irrenanstalten in noch nicht so fernen Tagen gewiss berechtigt waren. Wer an die Zustände denkt, welche noch vor wenigen Jahrzehnten in diesen Anstalten herrschten, wird es begreiflich finden, dass es der Menge für das grösste Unglück galt, geisteskrank und anstaltsbedürftig zu werden.

Seither haben sich die Verhältnisse in ungeahnter Weise gebessert, das Misstrauen ist zum Anachronismus geworden.

Wir dürfen jedoch nicht vergessen, dass jahrhundertelang berechtigte Meinungen, wenn sie allgemein geworden sind, nicht im Handumdrehen zum Schwinden gebracht werden können, und müssen eingestehen, dass wenig genug geschehen ist, die Bevölkerung von den Fortschritten im Irrenwesen in Kenntniss zu setzen und zu überzeugen.

Sich aber auf die günstigen Schilderungen Geheilter und etwaiger Besucher zu verlassen, heisst m. E. — bei der notorischen Undankbarkeit ersterer und

der Voreingenommenheit der letzteren — die Passivität zu weit treiben.

Es wär vielmehr wohl hoch an der Zeit, wenn die Irrenärzte selbst kräftig gegen das herrschende Vorurtheil auftreten würden.

Es genügt nicht, Besseres bloss zu schaffen, man muss vielmehr auch die Hemmnisse zu beseitigen trachten, welche es verhindern, dass das Geschaffene von der Allgemeinheit in seinem Werthe erkannt wird und ihr zum Nutzen gereicht.

Das sind die Psychiater im speciellen Falle nicht nur sich schuldig, sondern vor allen den Kranken, deren Wohl sie ihre Mühe geweiht haben!

Wenn im Nachfolgenden der Versuch gemacht wird, einige Vorschläge in dieser Richtung zu unterbreiten, so geschieht dies vom Verfasser gewiss nicht in der Meinung, das Richtige angeben zu können. Er würde aber seine Absicht vollkommen erreicht sehen, wenn die folgenden Ausführungen andere, erfahrenere Collegen zum Meinungsaustausche anzuregen vermöchten.

Vor allem ist es klar, das jede Agitation in dieser Richtung, soll sie nicht von vornherein aussichtslos erscheinen, in ausgedehntestem Maasse betrieben werden muss.

Dazu eignen sich erfahrungsgemäss am besten Aufsätze in den Zeitungen, weil ja heute selbst in die abgelegensten Ortschaften wenigstens ein Wochenblättchen dringt.

In erster Linie wäre allerdings an die grossen Tagesjournale zu denken und von diesen wären wiederum jene zu bevorzugen, welche bei hoher Auflage ihren Leserkreis im Mittelstande und unter den „kleinen Leuten" finden.

Denn gerade diese Schichten der Bevölkerung sind es, welche die meiste Scheu vor den Irrenanstalten hegen, während die höher Gebildeten immerhin etwas billiger über den Werth der Heilanstalten zu denken gelernt haben.

Neben diesen grossen Blättern müssten aber freilich auch die kleineren Provinzzeitungen in den Dienst der Sache gestellt werden, denn ihr Einfluss ist besonders bei der ländlichen Bevölkerung kein geringer.

Was nun Form und Inhalt dieser Aufsätze anlangt, so müssten sich die Verfasser hauptsächlich eins vor Augen halten: Für wen sie schreiben.

Es kommt ja auch jetzt nicht so selten vor, dass wissenschaftliche Probleme unter dem Striche in populär sein sollender Form abgehandelt werden.

Leider aber geschieht das meist in einer Weise, dass der Leser hinterher ebenso klug ist als vordem und sich vielleicht gar eine falsche Ansicht gebildet hat, wenn er die Lecture nicht noch etwa vorzeitig beendigt, weil sie ihm „zu hoch" ist.

Es ist für den Fachmann gewiss sehr schwer, sich ein Urtheil zu bilden, wie weit ihm selbst der gebildete Laie auf seinem Gebiete folgen kann. Nichtsdestoweniger liegt m. E. gerade in der richtigen Abschätzung dieser Grenzen der Schlüssel zum Erfolge.

Dasselbe Streben mag für die Diction gelten.

Weiteres: Trockene Darlegungen, mögen sie an sich noch so richtig und beweiskräftig sein, werden selten ihren Zweck erfüllen. Der Leser einer Zeitung will nicht bloss belehrt, er will auch angeregt und unterhalten werden.

Ein Fehler wäre ferner unbedingt zn vermeiden, der der Schönfärberei. Man braucht sich nur selbst der zweifelhaften Wirkung zu erinnern, welche die gewissen amtlichen Darstellungen und Berichtigungen bei Hörern und Lesern erwecken, um einzusehen, dass es gerade das Gegentheil erzielt, wenn man aus einer übel angeschriebenen Sache das bekannte „Kind, kein Engel ist so rein" machen will.

Zur Erreichung unseres Zweckes ist dies auch gar nicht nöthig. Wir wollen die übertriebene Scheu des Publikums vor den Irrenanstalten bekämpfen, nicht aber letztere als Eldorado hinstellen und es als ein Glück bezeichnen, ihre Pflege in Anspruch nehmen zu müssen.

Es läuft nicht nur den Thatsachen zuwider, sondern ist überdies noch höchst ungeschickt, zu behaupten, dass in genannten Humanitätsinstituten nie etwas Tadelnswerthes vorfallen könne, kein Selbstmord, keine Misshandlung, keine Ausschreitung des Pflegepersonals, kein blauer Fleck, kein Knochenbruch.

Jeder Fall nämlich, der dann doch zur Kenntniss der Oeffentlichkeit gelangte, hätte zur sicheren Folge, dass das Publikum unseren Behauptungen umsomehr misstrauen und alle weitere Mühe auf sterilen Boden fallen würde.

Das aber ist vor allem hintanzuhalten und es erscheint daher bei weitem zweckmässiger, die Leser aufzuklären, warum gerade in den Irrenanstalten solche Vorkommnisse sich nicht ganz vermeiden lassen.

Wenn in passender Weise auf das Wesen der Kranken hingewiesen und aufmerksam gemacht wird, dass die Aerzte nicht immer und überall gegenwärtig sein können, dass das Pflegepersonal unter den gegebenen Verhältnissen nicht aus lauter Gentlemans bestehen kann, wenn unter Anführung geeigneter Krankengeschichten erklärt wird, warum es trotz aller Schonung bei aufgeregten Patienten hie und da blaue Flecke, ja Fracturen geben kann, so wird diese Belehrung das Publikum gewiss eher beruhigen als Be-



hauptungen, welche dann gelegentlich durch die Vorkommnisse widerlegt werden. Vor diesem Fehler kann also nicht genug gewarnt werden.

Wenn hingegen der angedeutete Vorgang eingehalten wird, so dürfte sich die Zeitungspropaganda als überaus wirksam erweisen.

An sie würden sich passend populärgehaltene Flugschriften und Broschüren anschliessen, etwa von den Anstalten als eine Art von Thätigkeitsberichten, für den Laien berechnet, herausgegeben.

Es könnte in ihnen durch photographische Darstellungen aus dem Anstaltsleben das geschriebene Wort überzeugend unterstützt werden, Ausweise über Heilungsprocente, Vergleiche mit anderen Instituten u. a. m. würden das ihre zur Aufklärung der Allgemeinheit beitragen.

Noch zwingender, wenngleich an grössere Centren gebunden, wären Sciopticonvorträge.

Ein geeigneter Text an der Hand dieser lebenswahren photographischen Abbildungen kann an der Schaar der Besucher nicht wirkungslos vorübergehen.

Natürlich wäre auch hier zu beachten, dass nicht ausschliesslich „Glanznummern" zur Vorführung kommen, sondern auch ernstere Scenen das Publikum mit der Fülle und Schwere der Aufgaben vertraut machen, welche die Aerzte und das übrige Personal der Irrenanstalten zu bewältigen haben.

Leider gilt ja die ärztliche Thätigkeit in den Anstalten noch immer als minderwerthig sowie der Beruf als Irrenpfleger vielfach als Notanker verunglückter Existenzen.

Nicht zum wenigsten sind daran die häufigen Angriffe in den Zeitungen schuld, denen — bei uns in Oesterreich wenigstens — gerade von berufener Seite selten oder gar nicht entgegengetreten wird.

Man liest oft genug von ungerechtfertigten Internirungen, groben Misshandlungen, folgenschweren Unterlassungen u. a. m., beschuldigt direct und indirect die Aerzte der Mithilfe daran und es braucht nur an die grossen Affairen der letzten Jahre erinnert werden, um darzuthun, wessen man die Psychiater für fähig hält.

Dagegen Stellung zu nehmen wäre vor allem Sache der fachärztlichen Corporationen, die aber leider vielfach ihre Hauptaufgabe bloss in wissenschaftlichen Erörterungen und in Casuistik suchen, ohne zu bedenken, dass die schönste Wissenschaft nichts nützt, wenn niemand von ihr Gebrauch machen will.

Gerade die Anstaltsärzte können hierin durch ihren massenhaften Beitritt in die fraglichen Vereine eine Wendung zum Besseren herbeiführen. Das ist ja auch in Deutschland erfreulicherweise der Fall, bei uns in Oesterreich jedoch nicht!

Eine kräftige Agitation unter den Collegen für den Eintritt in genannte Gesellschaften wäre mithin nicht die letzte der Aufgaben zur Erreichung unseres Zieles.

Wenn im Vorstehenden eine Reihe von Vorschlägen gemacht wurde, deren Wirksamkeit für die grosse Menge berechnet ist, so muss schliesslich noch eines Factors gedacht werden, der bestehenden Irrenanstalten nämlich.

Liegt es auch in der Natur der Sache, dass dieselben als lebendiges Beispiel nur eine begrenzte Thätigkeit entfalten können, so haben sie anderseits den Vortheil unmittelbarer Anschaulichkeit für sich.

Am zweckmässigsten erschiene es ja überhaupt, der Bevölkerung Gelegenheit zu bieten, sich durch eigenes Sehen und Hören ein Urtheil bilden zu können. So leicht ausführbar dieses Mittel aber für den ersten Augenblick erscheinen mag, so misslich gestaltet sich seine Anwendung.

Irrenanstalten sind keine Lehranstalten, Geisteskranke keine Schauobjecte. Wer jemals bemüssigt war, eine grössere Anzahl von Leuten durch die Räume einer Anstalt zu führen, wird sich des peinlichen Gefühles wohl erinnern können, das ihm die rücksichtslose Neugierde der Besucher bereitete. Noch viel unangenehmer aber empfinden die Kranken die spähenden Blicke und das erstaunte Flüstern. Dieser Umstand und die mit jedem solchen Besuche verbundene Beunruhigung der Abtheilung machen es leider unstatthaft, auf diese sonst gewiss bequemste und sicherste Weise das Publikum davon zu überzeugen, dass Irrenanstalten weder Mörderhöhlen noch Gefängnisse sind. Immerhin bietet sich z. B. in Anstalten, welche auch eine Familienpflege besitzen, manchmal Gelegenheit, den Pflegeeltern Einblick in das Getriebe solcher Humanitätsinstitute zu gewähren, und besonders bei Festlichkeiten wird durch den engeren Contact dieser Aussenstehenden mit den Kranken manches Vorurtheil aus der Welt geschaffen.

Denn bei solchen Anlässen fühlen sich die Patienten durch die Anwesenheit Fremder erfahrungsgemäss nichts weniger als belästigt, sie empfinden im Gegentheile deren Antheilnahme in diesen Fällen angenehm, freuen sich darüber.

Nun geht es freilich des beschränkten Raumes halber leider nicht an, zu solchen Unterhaltungen, wenn dieselben in geschlossenen Räumen abgehalten werden, eine grössere Anzahl der Anstalt ferne Stehender einzuladen.



Wohl aber ist dies im Sommer möglich, wo die Feste im Freien stattfinden.

Die Besorgniss, es könnte durch die Fremden die Uebersichtlichkeit und damit die Ueberwachung leiden, ist m. E. nicht am Platze, weil ja ein Unfug bei der immerhin reichlichen Aufsicht und Umstellung des Festplatzes ziemlich ausgeschlossen sein dürfte.

Der Aussenwelt bei dieser Gelegenheit möglichst weites Entgegenkommen zu zeigen, wäre also im Interesse des Zweckes wohl angebracht.

Erhöhen liesse sich die Wirksamkeit dieser Maassregel noch recht beträchtlich, wenn bei solchen Anlässen eine Ausstellung von Erzeugnissen der Krankenbeschäftigung veranstaltet würde. Doch genug der Erörterungen!

Etwas darf man nicht vergessen: Nicht durch die Ausführung dieses oder jenes Vorschlages allein kann der gewünschte Effect erreicht werden. Es müssen alle und alles zusammenhelfen, dann wird der Erfolg nicht ausbleiben.

Eines freilich nur ist sicher: Neue Arbeit für die Anstaltsärzte, welche ihre Kräfte der guten Sache weihen wollen.

Ob sie Dank ernten werden, ist ungewiss.

Aber es ist ja von jeher ihr Vorrecht, selbstlos für das Wohl ihrer Kranken thätig sein zu dürfen.

Und im Kampfe gegen das Misstrauen des Publikums bietet sich ihnen abermals Gelegenheit, sich dieses Vorrechtes zu bedienen.

Mauer-Oehling, im März 1906.

In Betätigung obiger Ausführungen besteht in Mauer-Oehling die Absicht, mit dem alljährlich festlich begangenen Eröffnungstage der Anstalt eine Ausstellung von Erzeugnissen der Krankenarbeit zu verbinden. Ferner steht ein Uraniavortrag, verfasst von Director Dr. Starlinger und mit Bilderschmuck vom Gefertigten versehen, knapp vor der Vollendung.

Aus der Provinzialheilanstalt Münster i. W.

Ein Beitrag zur Frage „Trauma und Geistesstörung".

Gutachten, erstattet der Knappschaft über den Bergmann K.

Von Direktor *Dr. Meyer*, Geseke.

(Schluss.)

In den zwecks Prüfung des väterlichen Antrags erfolgten Erhebungen finden wir weiterhin eine Reihe Zeugenaussagen, die durchaus für das Folgende wohl charakterisirt sein müssen; deshalb seien sie hier wiedergegeben. Fahrhauer B.: „Soweit meine eigenen Beobachtungen in Betracht kommen, und diese beziehen sich immerhin doch nur auf vorübergehende Berührungen mit dem K., so kann ich nur sagen, dass ich in dem Verhalten des K. nach dem Unfalle und bis zuletzt eine wesentliche Veränderung gegen vordem nicht wahrgenommen habe. Der Mann war immer auffallend still und in sich zurückgezogen. Ein Zeichen geistiger Störungen habe ich bis zur Zeit nicht beobachtet." Auch der Bergmann T. hat „eine wesentliche Veränderung nicht" beobachtet; ebenso der Bergmann K. und andere mehr. Mehr, als bisher aus der Entwickelungszeit des K. bekannt war, erfahren wir auch nicht aus diesen Vernehmungen, insbesondere soll ein wesentlicher Unterschied des geistigen Befindens in der Zeit vor und nach dem Unfall nicht nachweisbar gewesen sein; der K. wird wiederholt „ein recht mässiger und sparsamer Mann" genannt; er soll aber auch eifrig gestrebt haben, möglichst viel zu verdienen und hat deshalb, wenn irgend möglich, auch Ueberschichten gemacht.

So vergehen die Jahre bis zum Beginn des letzten grossen Bergarbeiterausstandes; die Lecture der Zeitungsnachrichten und die Befürchtung wegen seiner Arbeitswilligkeit von den Streikenden belästigt zu werden, schliesslich unliebsame Vorkommnisse mit Streikenden selbst, brachten den K. in eine zunehmende Erregung. Am 19. Januar begab er sich in Militärmütze zum Obersteiger und verlangte seine Abkehr; seinen Angehörigen sagte er, er wolle weg zum Militär, es ginge jetzt los, ob sie denn nicht die vorbeiziehenden Soldaten gesehen hätten, die aber in Wirklichkeit gar nicht vorhanden waren. Die Erregungszustände haben sich in den nächsten Tagen noch gesteigert: zahlreiche Sinnestäuschungen sind dazu gekommen, ferner eine motorische Unruhe, Schlaflosigkeit und Zerstörungssucht, Erscheinungen die am 20. Januar ds. Js. die Aufnahme in ein Krankenhaus als unumgänglich nothwendig erwiesen. Daselbst ist es zur Tobsucht gekommen, deren Schilderung sich hier erübrigt. Am 1. Februar ist K. in die hiesige Anstalt überführt worden und aus derselben am 31. Mai ds. Jahres als „gebessert" entlassen. Es war der Kranke während seines Hierseins ein stiller, ruhiger Mensch, der selten und wenig aus sich herausging, auch mit seinen Mitkranken sich nicht weiter

unterhielt, auf Fragen aber Antwort ertheilte, falls ihm eine solche geläufig war. Irgendwelche Interessen nach Lecture oder Beschäftigung hatte er nicht; was ihm gereicht und geboten wurde, das nahm er nicht ohne einen gewissen Grad von vorwaltendem Stumpfsinn entgegen und das that er; mit seinem Hiersein war er recht zufrieden, für seinen Zustand war er nicht voll einsichtig, wollte es auch nicht sein, konnte es auch zum Theil nicht, weil er einerseits äusserst ungern darüber redete, andererseits nicht die rechte Rückerinnerung für seine geistige Erkrankung in seinem Bewusstseinsinhalt vorhanden war; dazu bestand eine Neigung zu Congestionen des Kopfes, die sich im Gespräche mehrfach zeigten.

Gutachten.

Sicheres und Bestimmtes ist bisher nicht darüber nachgewiesen, ob und inwieweit sich bei K. eine erbliche Belastung bemerkbar gemacht hat. Es ist jedoch festgestellt, dass er in früheren Jahrzehnten als ein für den Durchschnitt zu stiller, junger Mann durchs Leben gegangen ist, als ein Mann, dem die Arbeit thatsächlich das liebste war, der gern seinen eigenen Weg ging, unbekümmert um rechts und links, der insbesondere dem Alkoholgenuss nicht ergeben war. Desshalb auch das allseitige Hervorheben seiner guten Eigenschaften, die schon während seiner Militärzeit ihm die Beförderung zum Gefreiten einbrachten und späterhin seine Verwendung als Ortsältester räthlich erscheinen liessen.

Diesen treuen Berufsarbeiter, der noch niemals, solange er im gefährlichen Bergwerksbetriebe thätig war, wegen irgend einer Erkrankung „gefeiert" hatte, trifft an jenem Vormittage des 25. April 1900 der in der Vorgeschichte näher beschriebene Unfall, wodurch sein Kopf einen Stoss erleidet. Beides, Unfall und dadurch bedingter Schlag oder Stoss wird mit Sicherheit angenommen werden können trotz der Angaben, die allerdings, wenn auch nur bei flüchtigem Durchsehen der Akten, als dagegensprechend vorhanden sind, Als solche sind anzuführen die Einwände späterer Bearbeiter der Unfallverhandlungen, die aus der verspäteten Mittheilung seinen Kameraden gegenüber, aus der nicht sofort erfolgten Arbeitsniederlegung, aus dem ärztlicherseits festgestellten Fehlen jeglicher objectiven Zeichen heraus zu entnehmen sind.

Es kann keinem Zweifel unterliegen, dass ein plötzlicher Unfall auf die eingangs erwähnte Weise hat zustande kommen können; dann kann aber auch durch die gänzliche, durch keine Pause infolge des Stosses unterbrochene Heraufholung des Wagens nichts anderes bewiesen werden, als dass der Schlag, Stoss oder Quetschung eben leichter Art war, so leicht und in der momentanen Wirkung so wenig schwer, dass keinerlei Trübung oder völliger Schwund des Bewusstseins eintrat. Dafür spricht auch die spätere Mittheilung von den wohl leicht hingeworfenen Worten „er habe sich eben einen Gehörigen ausgeputzt," sowie gleichfalls das Nichtniederlegen der Arbeit, sondern das Weiterarbeiten auch an den folgenden Tagen.

Nimmt man den Unfall als geschehen an — und das muss man in Anbetracht der Zeugenaussagen und der Glaubwürdigkeit des damals Verletzten — so erscheint es weiterhin wenig lohnend, in eine Erörterung darüber einzutreten, ob Stirn, Kinn und Hinterhaupt einzeln oder zusammen getroffen sind. Sicherlich ist bei dem Gegenprall der Hinterkopf angeschlagen, und von da konnte eine Erschütterung des Inhaltes der Schädelkapsel erfolgen, ohne dass es, wie geschehen, sogar zu einer sogleich folgenden Wirkung kommen musste.

Bei der Annahme eines unvorhergesehenen Stosses gegen den Kopf bleibt uns nunmehr die Beantwortung der Frage übrig, ob zwischen dem Unfall und der nach wenigen Tagen ausgebrochenen geistigen Erkrankung ein ursächlicher Zusammenhang besteht, sei es, dass derselbe als auslösendes Moment gilt bei vorher nicht ganz intaktem Gehirn, oder aber, dass die Geistesstörung mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit auf den Stoss oder Anprall als Ursache zurückzuführen ist.

K. hat seine Unfallschicht am 25. April zu Ende gefahren; er misst seinem Unfall selbst keine Bedeutung zu, wenngleich er seinem Vater am selben Tage klagt über „Sausen und Singen im Kopf und Schwerhörigkeit;" er geht auch am folgenden Tage noch zur Arbeit. Am 27. April bemerken seine Angehörigen zum erstenmale bei ihm auffällige, im Vorhergehenden schon angeführte Redensarten; am 28. April geht er wieder zur Grube, bleibt aber am 30., einem Montag als krank daheim, wird nachmittags vom Arzt untersucht und als geisteskrank befunden. Wie kommt nun diese rapid auftretende, geistige Erkrankung so urplötzlich zur Entwickelung? Nur das voraufgegangene Trauma giebt eine befriedigende Antwort, die dahin lautet, es hat sich an einen Stoss oder Anprall gegen den Schädel eine geistige Erkrankung angeschlossen; sie ist hervorgerufen und verursacht durch den Unfall. Genauer können wir unsere Entscheidung nicht treffen, insbesondere darüber nichts sagen, ob der Stoss ein anscheinend gesundes oder aber bereits invalides, weniger widerstandsfähiges Gehirn getroffen; es wäre ja nicht ausgeschlossen, dass vor dem Unfall eine Disposition in Gestalt minderwerthiger Qualität der Hirnsubstanz



bestanden hätte; in diesem Falle wäre der Stoss zwar nicht die alleinige, nachweisbare Ursache der Geistesstörung, sondern vielmehr das auslösende Moment, eine Frage, die übrigens eine praktische, die Unfallfolgen betreffende Bedeutung nicht haben kann.

Zum Beweise und zur Stütze für die Annahme, soweit solche Voraussetzungen noch erforderlich erscheinen, sei noch hingewiesen auf die wissenschaftliche Behandlung und Erfahrung betreffend die Frage „Trauma und Geistesstörung." Es finden sich in der Litteratur genügend Hinweise für ihren Zusammenhang; insbesondere wird bestätigt, dass der Stoss gegen den Schädel auch ohne jede äussere sichtbare Erscheinung durchaus genügt, um eine geistige Erkrankung hervorzurufen, wenngleich auf der andern Seite zu betonen ist, dass sie eine solche nicht immer im Gefolge haben muss, womit gesagt sein soll, dass man nicht in jedem Falle dem voraufgegangenen Unfall einen gleich hohen Werth beizumessen braucht. Allein im vorliegenden Falle des unmittelbaren Zusammenhanges zwischen Unfall, Klagen des K., seinem Krankmelden, und der plötzlich ausgebildeten, nur nach wenigen Tagen den charakteristischen Verlauf zeigenden Geistesstörung geht es nicht an, trotz des Fehlens äusserer Erscheinungen, den erlittenen Anprall oder Stoss gegen den Kopf als ein bedeutsames Moment einfach ausser Acht zu lassen. Es kommt hinzu, dass bei K. andere, die geistige Erkrankung verursachende oder sie auslösende Momente bisher nicht bekannt geworden sind und anscheinend ein bis zum Unfall gesundes Gehirn vorlag.

Darnach wären durch den geringfügig erscheinenden Unfall allein molekulare und vasomotorische Störungen in der Gehirnsubstanz verursacht, die ihrerseits in den nervösen Elementen regressive Erscheinungen herbeigeführt haben; es würde also eine aus der mechanischen Beeinflussung resultirende Schädigung des Gehirns vorliegen, deren Ursache in dem Stoss gegen den Schädel zu finden ist.

Für die Beurtheilung des damaligen Krankheitszustandes, der in einen ursächlichen Zusammenhang zwischen Unfall und Geistesstörung zu bringen ist, ist auch der weitere Verlauf von Bedeutung.

Am 17. Juni 1900 ist K., der wochenlang eine, in ihrer Entstehung, ihrem Verlauf charakteristische Merkmale aufweisende Geistesstörung gezeigt hatte, aus dem Krankenhaus als „wieder vollständig hergestellt und arbeitsfähig" entlassen. Wie weit diese Annahme einer vollständigen Wiederherstellung als berechtigt anzusehen ist, lässt sich nicht mit Bestimmtheit entscheiden. Die Vorgesetzten und Arbeitskameraden nehmen an, K. sei vor und nach seiner Erkrankung im wesentlichen sich gleichgeblieben; er habe seine Arbeit später in gleicher Weise wie vor der Erkrankung ausgeführt, sich auch an Gesprächen mit Bekannten betheiligt und keine Erscheinungen dargeboten, die einen Zweifel an seiner geistigen Gesundheit aufkommen liessen. Um Gewissheit hierüber zu besitzen, würde man eine genaue Kenntniss von der geistigen Beschaffenheit des K. vor der Erkrankung haben müssen; dazu bedurfte es ausführlicher, auf wissenschaftlichen Grundlagen beruhender Analysen seiner geistigen Persönlichkeit vor der Erkrankung, und diese sind nicht vorhanden. Die Auskünfte, die von Arbeitsgenossen und Vorgesetzten vorliegen, sind nicht von entscheidender Bedeutung: es sind Laienurtheile und als solche nicht geeignet, bei den fliessenden Uebergängen und nicht feststehenden Grenzen zwischen geistiger Gesundheit und Krankheit irgendwie voll beweiskräftig zu sein. Der behandelnde Arzt, der erstmalig von einer vollständigen Genesung spricht, giebt Beweise für seine Behauptung nicht an, übrigens nimmt derselbe Gutachter später die Mittheilung der Eltern und Bekannten, wonach K. nach seiner Heilung, „oft ein eigenthümliches und gegen früher verändertes" Wesen gezeigt habe, in sein zweites Gutachten auf. Eine Kenntniss von der geistigen Verfassung des K. aus der Zeit vor seinem Unfall konnte übrigens der betreffende Arzt nicht haben, da K. bisher niemals bei ihm in Behandlung gestanden hatte. Dass nun schliesslich K. hinterher seine Arbeit gethan hat, wie vor dem Unfall, kann auch nicht als Beweis gelten; es giebt notorische Geisteskranke, die jahrelang als scheinbar vollwerthige Menschen gelten, bis irgend ein Umstand sie als psychisch krank erkennen lässt. Wenn nun auch nicht einwandfrei, so ist doch in dieser Hinsicht auch die Angabe des Vaters von Bedeutung, der in seinem Rentenantrag vom 28. Februar 1905 sich dahin ausspricht, dass sein Sohn (im Jahre 1900) wohl geheilt entlassen sei, aber die normale Geisteskraft nicht wieder erhalten habe, so dass es von Jahr zu Jahr schlimmer wurde. Dieser Angabe, die auf einer im engsten Familienkreise gemachten täglichen Beobachtung beruht, wird man ihren Werth nicht absprechen können, wenngleich der Vater wohl im vermeintlichen Interesse seines Sohnes gegen den diesem gewordenen Ablehnungsbescheid vom 8. Aug. 1900 nicht weiter vorstellig geworden ist, zumal ja auch damals die volle Arbeits- und Erwerbsfähigkeit des K. ärzlicherseits anerkannt und das geldliche Interesse, dass sich daran knüpfte, für den Vater wohl zunächst von Entscheidung war. Mit dem Eintritt der abermaligen Erkrankung, mit dem Ausbleiben des gewohnten, ihm zufliessenden Arbeitslohnes wurde



dann auch dem Vater die Tragweite der bereits früher überstandenen Erkrankung klarer und deutlicher.

Für die Zeit nach dieser damaligen Erkrankung bestand jedenfalls eine gewisse gesteigerte Disposition in Gestalt von minderwerthiger Gehirnqualifikation, die den Aufregungen und Belästigungen seitens der Streikenden, als nunmehr der grosse Bergarbeiterausstand sich entwickelte, nicht gewachsen war, so dass K., der Arbeitswillige, erneut erkrankte. Bis dahin hatte er als Minderwerthiger seine mechanische Arbeit ausführen können; jetzt versagte sein invalides, nur theilweise werthiges Gehirn und seine Ueberführung in die Anstalt wurde nothwendig; er verliess sie als „gebessert" mit deutlichem Defekt am 31. Mai.

Voraussichtlich wird es bei diesem zweiten Ausbruch nicht sein Bewenden haben, sondern über kurz oder lang, je nachdem Schädlichkeiten irgendwelcher Art auf sein geschwächtes Gehirn ihre nachtheiligen Wirkungen ausüben, wird eine neue Attacke sich bemerkbar machen, eine erneute Einbusse an geistiger Kraft und Fähigkeit hervorrufen. Weil nun die Arbeit unter Tage besonders wegen ihrer Schwere für den Träger eines invalide gewordenen Hirns gefahrbringend ist, so ist diesseits dem K. der Rath ertheilt, sich nach leichter, für ihn wohlthuender und zweckmässiger Beschäftigung als Tagesarbeiter umzusehen.

Nach diesen Ausführungen gebe ich mein Gutachten dahin ab, dass K. seinerzeit einen Unfall erlitten hat, der mit einer an Sicherheit grenzenden Wahrscheinlichkeit im Zusammenhang damit zu einer geistigen Erkrankung führte, die ihrerseits später in ein sogenanntes Stadium der Latenz übergegangen ist, aus welchem Stadium heraus ein erneutes Ausbrechen der Geistesstörung sich in Folge der anlässlich des Bergarbeiterstreiks ihn treffenden Schädigungen bemerkbar gemacht hat, um dann schliesslich wiederum abzuklingen nicht ohne Zurücklassung von geistigen Defekten, mit denen auch in Zukunft noch zu rechnen ist. — Dem K. wurde, soviel bekannt geworden ist, seitens der Knappschaft eine Rente in Höhe von 50% bewilligt und gleichzeitig ihm ein Pfleger bestellt; er ist bis heute recidiv frei geblieben.

Dem Director der Heilanstalt, Herrn Geh. Med.-Rath Dr. Gerlach, ist Verf. für die Ueberlassung des Falles zu Dank verpflichtet.

Mittheilungen.

— **Die Nazarener in Ungarn.** In der letzten Zeit wurden Klagen darüber laut, dass in der ungarischen Tiefebene, dem grossen Alföld, zahlreiche Fälle von religiösem Wahnsinn vorgekommen sind, die einen ganz epidemischen Charakter hatten. In Hödmezo-Vasarhely, Nagy-Körös und Kecskemet wurden in den Krankenhäusern zahlreiche Personen eingeliefert, die theils dem stillen Wahnsinn verfallen, theils in Tobsucht gerathen waren und deren geistige Umnachtung sich in ungefähr denselben Formen äusserte. Die Opfer dieser Wahnsinnsepidemie murmeln stundenlang Gebete vor sich hin, meiden ängstlich jede Berührung mit andern Personen und glauben von Zeit zu Zeit, Christus in seiner leibhaftigen Gestalt vor sich zu sehen. Schon der Umstand, dass diese Fälle in den Orten am häufigsten vorkamen, wo das in Ungarn vor 65 Jahren eingeführte und in den letzten Jahrzehnten zu grösserer Bedeutung gelangte Nazarenerthum am stärksten war, weist darauf hin, dass zwischen der Thätigkeit der Nazarener-Seelsorger, die von Dorf zu Dorf pilgern und Predigten halten, und dem Ueberhandnehmen der Fälle religiösen Wahnsinns ein gewisser Zusammenhang besteht. Als nun in den verflossenen vier Wochen in Kecskemet 22 Frauen an religiösem Wahnsinn erkrankt waren, hielt es die Polizei für nöthig, gegen den Prediger der dortigen Nazarenergemeinde, den Schneidermeister Gombar, energisch vorzugehen. Im Laufe der Untersuchung wurde festgestellt, dass der Schneidermeister besonders auf die leicht erregbare Einbildungskraft der Frauen mit suggestiver Kraft einzuwirken wusste und die Mitglieder seiner Gemeinde geradezu hypnotisirte. Er pflegte seine Anhänger in seiner Wohnstube zu versammeln, die als Kirche diente. Das Zimmer ist ohne irgendwelchen Schmuck, wenn man von den Bibelsprüchen absieht, die die Wände zieren. Betstühle sind nicht vorhanden und so müssen die Gläubigen, an die Wand gelehnt, ihrem „grossen Bruder", wie sie den Prediger nennen, zuhören, der verworrene, mystische Reden an sie richtet und dabei aus einem offenen Herd Rauchwolken in die Luft steigen lässt, in denen die fanatischen Andächtigen die Umrisse von überirdischen Geistern und ihren verstorbenen Angehörigen zu erkennen wähnen. Wenn man berücksichtigt, dass die Anhänger der Nazarenersekte fast durchwegs seelisch zerrüttet und deshalb gute Medien sind, und dass sie dazu angehalten werden, stehend, im stummen Gebete, ihre Augen fortwährend starr auf den Prediger zu richten, so kann man sich nicht weiter darüber wundern, dass die armen Weiber förmlich hypnotisirt werden und dass diese fortwährenden Hypnotisirungen nach und nach den normalen Geisteszustand untergraben. Das ist übrigens nicht der einzige Nachtheil des Nazarenerthums, auch den Militärbehörden bereitet es viele Ungelegenheiten, dass sich unter den



Nazarenern stets Leute finden, die sich unter Berufung auf ihren Glauben hartnäckig weigern, Waffen in die Hand zu nehmen und lieber Gefängniss- und Kerkerstrafen über sich ergehen lassen, als wider die Gebote ihres Glaubens zu sündigen. Sonst sind die Nazarener als fromme, fleissige, ehrliche und ruhige Bürger bei den Behörden aber beliebt, und es kommt vor, dass der neue Glaube in einigen Orten den ganzen Charakter des früher ungeberdigen Volkes vollständig geändert hat. Nach Ungarn wurde übrigens der Nazarenerglaube schon im Jahre 1839 eingeführt, und zwar durch zwei Schlossergesellen, namens Johann Denkel und Johann Kropatschek, die in der Schweiz mit dem dortigen Nazarenerapostel Heinrich Samuel Fröhlich in Berührung gekommen und unter seinen Einfluss gerathen waren. Den beiden Schlossergesellen gelang es, in der Person eines gewissen Ludwig Henesey, der gleichfalls das Schlosserhandwerk betrieb, einen Anhänger zu finden, der sich der Verbreitung des neuen Glaubens mit wahrem Feuereifer widmete. Trotzdem dürfte die Zahl der Nazarener in Ungarn, obgleich es an einer genauen Statistik mangelt, nicht mehr als 12- bis 15000 sein. Sie haben auch in Pest selbst eine Gemeinde, und es kommt mitunter vor, dass an Sonntagabenden die lebenslustigen Leute, die auf der Andrassystrasse aus den Theatern und Vergnügungslokalen kommen, plötzlich auf kleine Gruppen Leute stossen, die mit der Bibel in der Hand, monotone geistliche Lieder singend, von ihren nächtlichen Gottesdiensten nach Hause ziehen. (Kölnische Zeitung 6. III. 06.)

— **Geseke.** (Aus dem Verwaltungsbericht der Provinzial-Verwaltung.) Im Provinzial-Landarmen- und Krankenhause in Geseke, (Director Dr. Meyer), im Jahre 1841 als Pflegeanstalt errichtet und bestimmt zur Aufnahme von Landarmen, soweit sie nicht in anderen Provinzialanstalten untergebracht werden, solchen unheilbaren körperlichen Kranken, die dem Anblicke des Publicums entzogen werden müssen, ihrer Umgebung gefährlich sind und in den fürsorgepflichtigen Gemeinden oder Familien anderweitig die gehörige Absonderung nicht erhalten können, ferner nicht geistig kranken Ortsarmen, soweit Raum vorhanden ist, waren Ende März 1905 untergebracht: 319 Pfleglinge und zwar 227 Männer und 92 Frauen. Die Mehrzahl derselben waren Altersschwache, die nächst grösseren Krankenklassen stellten Verkrüppelte, Lungenleidende, Erblindete, Augen- und Rückenmarksleidende dar. Es starben 44 Pfleglinge, d. h. von 395 überhaupt Verpflegten 11,14 vom Hundert. Von den Verstorbenen hatten 15 ein Alter von mehr als 70 Jahren erreicht und von diesen war 1 Mann über 80 und eine Frau über 92 Jahre alt. Die auf dem Grundbesitz der Anstalt geernteten Früchte haben einen Werth von 10023,67 Mark.

— **Der Kurs der medicinischen Psychologie** mit Bezug auf Behandlung und Erziehung der angeboren Schwachsinnigen findet, wie uns Professor Sommer mittheilt, bestimmt vom 2. bis 7. April in Giessen (Klinik für psychische und nervöse Krankheiten) statt, nachdem bisher 30 Aerzte und Lehrer aus verschiedenen Theilen Deutschlands, sowie einige Ausländer ihre Theilnahme zugesagt haben. Das definitive Programm wird auf Wunsch versandt.

— **Besoldung der Aerzte bei der schlesischen Provinzialverwaltung.** Für die Aerzte bei den Provinzial-Heil- und Pflegeanstalten und für die Directoren der Hebammenlehranstalten tritt am 1. April d. J. folgende neue Besoldungsordnung in Kraft:

A. Für die Hülfsärzte der Heil- und Pflegeanstalten, die sich gliedern in Assistenzärzte, Abtheilungsärzte und Oberärzte:

1. Die Assistenzärzte werden aus der Zahl der approbierten Aerzte ohne Rücksicht auf psychiatrische Vorkenntnisse angestellt, und zwar wie bisher auf Kündigung, nach Ablauf von drei Jahren lebenslänglich. Das Stellengehalt neben den bisherigen Natural- und Nebenbezügen steigt von 1800 M. jährlich bis auf 2300 M. von Jahr zu Jahr um 100 M. (Die bisherigen Natural- und Nebenbezüge bestehen aus freier Dienstwohnung, in der Regel zwei Zimmern, nebst Beheizung und Beleuchtung derselben, dann unentgeltlicher Reinigung, Mangeln und Plätten der Leibwäsche und angemessener Beköstigung.)

2. Die Abtheilungsärzte werden nach fünfjähriger Dienstzeit aus der Zahl der Assistenzärzte lebenslänglich angestellt, vorausgesetzt, dass gegen Qualifikation und Führung nichts einzuwenden ist. Das Stellengehalt steigt von 2400 M. jährlich bis auf 3600 M. und zwar von drei zu drei Jahren um 400 M. Natural- und Nebenbezüge für unverheirathete Abtheilungsärzte wie für die Assistenzärzte. Verheiratheten Abtheilungsärzten können, soweit für sie eine Familiendienstwohnung nicht vorhanden ist, an Stelle dieser Natural- und Nebenbezüge 1200 M. (800 M. für die Verpflegung, 400 M. für die Wohnung) bar bezahlt werden.

3. Das Stellengehalt der lebenslänglich anzustellenden Oberärzte steigt von 3600 M. bis 6000 M. alle drei Jahre um 400 M. Daneben erhalten sie wie bisher Familienwohnung nebst Beheizung und zumeist auch Gartenbenutzung.

B. Das Stellengehalt der Directoren der Heil- und Pflegeanstalten steigt von 5200 bis 8500 M. jährlich alle drei Jahre erst dreimal um 600 M., sodann dreimal um 500 M.; Natural- und Nebenbezüge wie bei den Oberärzten.

C. Das Stellengehalt der Directoren der Hebammenlehranstalten steigt von 3600 M. bis 6000 M. jährlich alle drei Jahre um 400 M. nebst Dienstwohnung mit Garten und Beheizung.

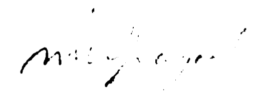
(Schlesische Zeitung. 16. 3. 06.)

Personalnachrichten.

— Der Assistenzarzt an der Provinzial-Irrenanstalt zu Leubus Dr. W. Alter ist vom 1. April d. J. ab zum Director der Lippischen Landes-Heil- und Pflegeanstalt Lindenhaus bei Lemgo ernannt worden.

Für den redactionellen Theil verantwortlich: Oberarzt Dr. J. Bresler, Lublinitz (Schlesien).
Erscheint jeden Sonnabend. — Schluss der Inseratenannahme 3 Tage vor der Ausgabe. — Verlag von Carl Marhold in Halle a. S.
Heynemann'sche Buchdruckerei (Gebr. Wolff) in Halle a. S.





Sachregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)

(Die Bibliographie über Criminalanthropologie und Verwandtes von Medizinalrath Dr. P. J. Näcke befindet sich auf den Seiten 232, 240, 248.)













Namenregister.

(Die Zahlen bedeuten die Seiten.)





